



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

교육학박사 학위논문

특수교육 대상자의 치료지원 효과에
대한 관련 주체의 인식 차이 분석

2018년 2월

서울대학교 대학원

협동과정 특수교육전공

김 주 선

특수교육 대상자의 치료지원 효과에 대한 관련 주체의 인식 차이 분석

지도교수 김 동 일

이 논문을 교육학박사 학위논문으로 제출함
2018년 1월

서울대학교 대학원
협동과정 특수교육전공
김 주 선

김주선의 박사 학위논문을 인준함
2018년 1월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

특수교육 대상자들의 교육적 목표를 실현시키기 위해서 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」은 외부 주도형으로 제정됨에 따라, 일반 공교육과 더불어 제공되었던 기존의 교육환경 기반의 ‘치료교육’을 폐지하고, 인적·물적 자원과 지원 유형이 확대된 ‘치료지원 서비스’를 도입하였다.

이러한 특수교육계의 변화로 ‘치료지원 서비스’에 대한 높은 관심은 2007년 이후 치료지원 서비스 관련 실태 조사, 만족도 조사 및 개선방안 등의 활발한 연구들로 확인 할 수 있다. 그러나 치료지원 서비스의 목적을 제고하는 연구는 매우 제한적으로 이루어지고 있다. 이에 본 연구는 특수교육 대상자들의 교육의 질을 개선하고자 제공되는 ‘치료지원 서비스’의 궁극적 목적을 제고할 수 있는 치료지원의 효과에 대한 개념을 보다 명확히 정립하고자 한다.

이에 본 연구는 치료지원 서비스 관련주체들(기관 운영자, 교사, 부모)을 연구 대상으로 각 주체들의 현장 경험과 그들이 인지하는 치료지원 효과에 대한 생각들을 자유롭게 끌어내고 이를 양적분석을 통해 구체적인 치료지원 효과에 대한 개념을 파악하기 위해 개념도 방법(Concept mapping method)을 활용하였다. 연구의 준비단계에서는 아이디어 진술문을 위한 전문가들의 인터뷰 초점 질문들이 개발되었으며, 이를 바탕으로 관련주체 집단별 5인 총 15인이 인터뷰 참여자로 선정되어 치료지원 효과에 대한 아이디어를 제공하였다. 수집된 아이디어는 연구 분석팀의 진술문 구조화 작업을 통해 총 42개의 진술문으로 도출되었다. 구조화된 질문은 관련주체 기관 운영자 10인, 교사 15인, 부모 16인 총 41인에 의해 진술문의 유사성 분류 및 중요도 평정이 실시되었다. 평정자료를 바탕으로 다차원척도 분석과 군집분석을

실시하여 관련주체들의 치료지원 효과에 대한 인식 차이를 비교 분석하였다.

그 결과, 치료지원 효과 대상은 치료지원 대상자, 부모, 기관 운영자, 교사, 치료지원 기관으로 드러났다. 다차원척도 분석을 통해 치료지원의 효과를 살펴본 결과, 2차원 분석에서의 해석이 가장 이상적으로 나타났다. 관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 인식은 ‘아동의 직접적 변화-아동의 간접적 변화’차원과 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’차원으로 나타났다. 원자료 및 좌표값을 활용한 위계적 군집분석(Ward 방법)을 실시 후, 연구 분석팀의 논의 하에 관련주체전체의 치료지원 효과에 대한 개념을 5개의 군집으로 결정하였다. 5개 군집은 ‘치료지원 기관의 확대’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험 및 아동의 기능 발달 및 일반화’로 명명하였다. 군집의 중요도 순은, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험 및 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료지원 기관의 확대’로 나타났다.

관련주체 각 집단에 따른 군집 중요도를 살펴보면, 기관 운영자는 ‘치료지원 기관의 활성화’, 교사는 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, 부모는 ‘부모의 아동에 대한 이해’ 군집을 가장 중요하게 인식하고 있었다. 이와 같은 관련주체들의 치료지원 효과 인식의 차이는 치료효과에 대한 각 주체의 경험과 입장의 차이로 해석될 수 있다. 관련주체 집단에 따른 치료지원 효과의 개념도를 살펴보면, 기관 운영자 집단은 전체 집단과 동일하게 5개 군집으로 나타났으며, 교사 집단은 치료지원 기관의 확대 및 활성화를 하나의 군집으로 인식해 4개의 군집을 나타냈다. 부모 집단의 경우 6개의 군집이 나타났으며, 치료지원 서비스 수혜자인 부모들의 경우 치료지원에 대한 다양한 경험으로 인해 인식을 세분화 하고 있음을 볼 수 있다. 논의 부분에서는 본 연구 결과를 바탕으로 특수교육에 관한 일부 선행연구들과의 비교 분석을 통해, 특수교육 대상자의 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하고, 관련주체별 인식 차이에 대한 결과를 자세

히 제시하였다.

본 연구의 주목할 만한 시사점으로는, 치료지원에 대한 지식과 이해가 높은 관련주체의 치료지원 효과에 대한 다각적 인식을 담아 특수교육 대상자들의 교육의 질을 높이기 위한 노력에 큰 의의를 두고 있다. 이는 외부주도형으로 2007년 제정된 「장애인 등에 대한 특수교육법」의 배경과 유사하지만 한 단계 더 진화한 연구이다. 또한 아동의 치료지원 효과를 극대화 할 수 있도록 치료지원 제공기관 운영자와 교사에게 다양한 정보를 제공하고, 치료지원 이용 대상자 부모에게 치료지원에 대한 개념을 확립시키고 이해를 도울 수 있는 중요한 자료로 활용될 수 있다. 마지막으로, 본 연구 결과는 특수교육 치료지원 서비스 체계 및 사회적 서비스 (바우처 제도) 질 관리를 위한 서비스 제공 기관을 평가하는 기초 자료로써 활용이 기대된다.

주요어 : 특수교육, 치료지원, 치료효과, 개념도

학 번 : 2014-30529

목 차

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구 문제	7
3. 용어 정의	9

II. 이론적 배경

1. 치료지원서비스	
1) 치료지원 서비스 도입	11
2) 치료지원 서비스 실제	14
3) 치료지원 서비스 선행연구	18
4) 치료지원 서비스 관련주체	20
2. 타 치료지원 서비스	
1) 발달재활서비스 도입	21
2) 발달재활서비스 실제	24
3) 언어지원서비스	28
4) 미국의 특수교육 관련서비스	29

III. 연구방법

1. 연구 참여자	33
2. 연구 절차	40

IV. 연구결과

1. 치료지원 효과 개념의 특성	47
2. 치료지원 효과에 대한 특수교육 주체 전체의 인식	
1) 치료지원 효과 개념의 차원	51
2) 치료지원 효과 개념에 대한 군집	57
3) 치료지원 효과에 대한 개념도	64
4) 치료지원 효과에 대한 중요도	66
3. 치료지원 효과에 대한 특수교육 주체 간의 인식	
1) 관련주체별 치료지원 효과 개념도 비교	70
2) 관련주체별 치료지원 효과 군집별 중요도 비교	76

V. 논의

1. 연구 결과 및 논의	
1) 관련주체의 치료지원 효과에 대한 인식	81
2) 관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 인식	82
3) 관련주체별 치료지원 효과에 대한 인식	86
2. 연구의 시사점	90

3. 연구의 제한점 및 제언	93
참고문헌	95
부록	106
Abstract	130

표 목 차

<표 II-1> 치료지원 제공 대상자 선정절차	15
<표 II-2> 치료지원 절차 및 방법	16
<표 II-3> 전자 바우처 전·후 차이	22
<표 II-4> 발달재활서비스 신청 절차	34
<표 III-1> 인터뷰 참여자의 인구학적 특성	36
<표 III-2> 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자 특성	39
<표 IV-1> 인터뷰 참여자별 포함 진술문(일부)	47
<표 IV-2> 치료지원 효과 최종 진술문 목록	48
<표 IV-3> 차원별 합치도 및 설명량	52
<표 IV-4> 관련주체 전체의 군집과 포함 진술문	61
<표 IV-5> 진술문에 대한 중요도 평정 결과	66

그 립 목 차

[그림 Ⅲ-1] 초점 질문 개발 과정	41
[그림 Ⅲ-2] 연구 절차	46
[그림 Ⅳ-1] 차원에 따른 스트레스 플롯	53
[그림 Ⅳ-2] 전체의 다차원척도 분석 결과	54
[그림 Ⅳ-3] 원자료 관련주체 전체의 군집분석 덴드로그램 ·	59
[그림 Ⅳ-4] 좌표값 관련주체 전체의 군집분석 덴드로그램 ·	60
[그림 Ⅳ-5] 전체의 치료지원 효과 개념도	65
[그림 Ⅳ-6] 관련주체 전체의 군집별 중요도 비교	69
[그림 Ⅳ-7] 기관 운영자의 개념도	70
[그림 Ⅳ-8] 교사의 개념도	72
[그림 Ⅳ-9] 부모의 개념도	74
[그림 Ⅳ-10] 기관운영자와 교사의 군집별 중요도 비교 ...	76
[그림 Ⅳ-11] 교사와 부모의 군집별 중요도 비교	77
[그림 Ⅱ-12] 부모와 기관 운영자의 군집별 중요도 비교 ·	78
[그림 Ⅱ-13] 관련주체별 군집에 따른 중요도 비교	79

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라는 특수교육 대상자들의 교육권을 보장하기 위해 다양한 측면에서 다양한 방법으로 끊임없는 노력을 기하고 있다. 오늘날 특수교육 대상자들은 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 의해 교육의 권리를 보장받고 있다. 특수교육 대상자들의 교육적 목표는 ‘장애인 및 특별한 요구가 있는 사람에게 통합된 교육환경을 제공하고 생애주기에 따라 장애유형과 장애정도의 특성을 고려한 교육을 실시함으로써 자아실현과 사회적 통합’으로 설정되었다. 교육적 목표는 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」과 기존의 1994년 「특수교육진흥법」과 동일하지만, 특수교육의 궁극적 목표를 달성하기 위한 세부적 조항들은 시대의 흐름에 따라 제정되고 있다.

현재 특수교육 대상자들은 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 의해 교육적 요구와 교육의 효율성을 높이기 위해 2008년 특수교육 관련 서비스를 도입하여 일반 공교육과 더불어 인적·물적 자원들을 부가적으로 제공받고 있다. 특수교육 관련서비스는 상담지원, 가족지원, 치료지원, 보조인력 지원, 보조공학 기기지원, 학습보조 기기지원, 통학지원 및 정보접근지원 등과 같이 특수교육 대상자들의 교육적 목표가 달성되고 교육의 권리를 보장받을 수 있도록 하는 다양한 서비스들을 포함하고 있다. 이와 같은 특수교육 관련서비스의 유형 및 방법은 기존 「특수교육진흥법」과 비교하여 완화되고 확대됨을 알 수 있다(김용욱, 유종열, 백운찬, 2009; 김원경, 한현민, 2007).

2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」의 가장 높은 관심 영역은 기

존 1994년 「특수교육진흥법」에서부터 시작된 주 논쟁 부분인 치료교육 폐지와 치료지원 서비스의 삽입이다(윤광보, 김영걸, 2009). 미국의 경우 장애를 신체 기관 발생학적 요인으로 의학적 해명과 장애인들의 교육 가능성으로 밝혀움에 따라 미국의 경우 치료를 특수교육의 주요 기능으로 인식하였다(김병하, 2002). 그러나 우리나라의 특수교육은 치료교육과 특수교육을 별개로 인식함으로써(한현민, 2003), 교육과정과 더불어 치료교육활동을 하나의 교과로 도입하고 그에 따른 끊임없는 비판들이 제기되어 왔다(윤광보, 김영걸, 2009). 정확히 정립되지 않은 상태에서 ‘치료’에 대한 다각적인 이해로 ‘치료’와 ‘훈련’이라는 용어가 혼재되어 사용 되기도 하였으며, 이에 따라 치료교육의 법적, 제도적 문제점, 학문적 정체성, 치료교육 해체 및 특수교육 재구성으로 학문적 논쟁이 끊이지 않았다(이상복 2004; 한현민, 2001; 한현민, 2003; 한현민, 2005). 치료지원 서비스 도입 전, 2005년 치료교육을 위한 최선의 개선 방안으로 치료교육 교사 및교원을 특수학교 및 일반학교에 배치하여 치료교육을 제공하는 노력을 보였으나, 이 또한 국가수준의 치료교육에 대한 궁극적 목적을 달성하지 못함에 따라 합의점을 제시하지 못하였다(윤광보, 김영걸, 2009).

따라서 치료지원 서비스는 특수교육 대상자들에게 효율적인 서비스를 제공하고자 기존의 치료교육이 학교 내에서 이루어지는 교육환경 중심과는 달리 개개인의 특성과 편의를 고려하여 「장애인복지법」 제58조와 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에 따라 교외에서 치료지원 서비스를 받을 수 있도록 치료지원 방법이 완화되었다.

2008년 특수교육 치료지원 서비스 시행령 발효 이후 2009년 치료지원 서비스 이용자는 특수교육대상자 총 79,711명 중 15,920명인 20%에 달하였다(특수교육연차보고서, 2010). 2016년 치료지원 서비스 이용자는 특수교육대상자 총 89,353명 중 42,467명인 47.53%로, 서비스 도입 이래 7년간 약 2.5배의 치료지원 서비스 이용자가 증가되었다(특수교육연차보고서, 2017). 이는 치료지원 서비스 수혜자의 편의성 및 경제적 지원에 긍정적 영향의 결과로 해석될 수 있다(김진희, 박재국, 2015).

제정된 모든 법은 실천적 의미를 포함함으로써 제공된 교육 서비스의 경우 교육 서비스로 인한 성과결과를 검토함으로써 더욱 발전된 교육 서비스로 발돋움하게 된다. 현재 일반 교육 현장에서는 학생들에게 제공되는 학교 교육의 질을 제고하기 위하여 다양한 방법으로 학교 효과연구들이 국내·외로 활발히 진행되고 있다(주영호, 2006). 교육 대상자의 특성을 고려하여 다양하게 제공되는 교육에 대한 다각적 시각 즉, 찬반의 우려를 해소하고 모든 학생들에게 교육의 권리를 충족시키기 위해 제공되는 학교 교육 효과 관련 연구들은 지속적으로 이루어지고 있다(Nosofski, 1992). 효과성 관련 초기 연구는 효과적인 학교들의 특성들을 통해 학교 효과성을 분석하고자 하는 Coleman, Campbell, McPartland, Mood, Weinfield, & Yourk(1996)과 Jencks와 Brown(1975)의 연구에서부터 시작되었다. Edmonds(1979a)는 학교 효과성을 투입과 산출로 분석하지 않고, 학교 조직구조, 사회심리학적 변인들과 같은 과정변인들이 학교 효과에 미치는 영향을 살펴보았다. 또 다른 연구들은 학교의 주대상자인 학생의 학업성취에 초점을 두고 학교가 미치는 영향력뿐만 아니라 효과적인 학교가 가지고 있는 특성들을 살펴보는 연구와 같이 다방면으로 학교 효과성을 살펴보고 있다(주현준, 김태연, 남지영, 2012). 이러한 다각도 관점에서 학교 효과를 해석하는 일반 교육 현장과는 달리 특수교육계는 빈번한 법 제·개정에 따라 특수교육 효과 관련 연구는 비교적 미진하게 이루어지고 있다.

현재까지 이루어진 치료지원 서비스 관련 연구들을 살펴보면, 치료지원 서비스 실태, 문제점, 만족도 및 요구에 대한 연구들이 주를 이루었다(김진희, 박재국, 2015). 치료지원 서비스 실태 연구들은 치료지원 서비스 영역 및 서비스 제공 장소를 포함한 치료지원 내용으로, 치료지원 영역의 경우 장애영역별 치료지원 서비스 이용 영역이 다르게 나타나지만(전귀옥, 강대옥, 박재국, 2012), 언어치료 영역이 일반적으로 가장 높게 나타났다(윤광보, 김영걸, 2009; 조재규, 2010). 치료지원 서비스 이용 장소에 대한 작업치료서비스 전문가 중심 연구(김세연, 김지연, 2010)와 지체

장애학교 특수교사 인식 연구(박지현, 김정연, 2012) 결과 특수교육지원센터와 학교기반 서비스 장소가 가장 높게 나타났다. 반면 치료지원 서비스 경험 부모를 대상 연구(전귀옥 외, 2012; 조재규, 2010) 결과 사설 치료실 전체의 40%이상으로 가장 높게 나타났으며, 특수교육 지원센터의 경우 1.8%로 가장 낮게 나타났다.

치료지원 서비스 문제점은 치료지원 서비스 제도, 제공절차, 그리고 특수교육 관련주체들의 치료지원 서비스 관련 지식 부족 등으로 분류할 수 있다. 제도적 문제로는 치료지원 시간 확보 및 치료지원 기관 접근성(조재규, 2010; 표윤희, 2012), 경제적 부담(김지현, 황상심, 2013; 전귀옥 외, 2012) 및 적절한 치료지원제공 기관의 부재와 제도에 대한 정보부족, 이동방법의 어려움(조재규, 2010)으로 나타났다. 치료지원 서비스 제공절차 문제는 목표 설정 및 평가의 어려움(박소현, 김영태, 2008)을 비롯한 개별화교육지원팀과의 연계 문제(최연호, 한경근, 남경옥, 2013)로 드러났다. 또한 표윤희, 박은혜, 이숙향(2010)은 특수교육 관련주체인 교사의 치료관련 지식 부족을 문제점으로 지적하였다. 치료지원 서비스 만족도 및 요구 관련 연구들은 학부모를 중심으로 치료지원 서비스에 대한 전반적 만족도와 치료영역별 만족도를 살펴보았으며, 그 결과 치료지원 서비스에 대해 긍정적 반응이 90%에 달하였으며, 만족도가 높은 치료영역은 언어치료로 나타났다(김지현, 황상심, 2013). 치료지원 서비스 요구에 있어서는 치료지원 정책방법 개선(서창원, 오세철, 2014), 치료사와 담당교사의 협력 방안(박지현, 김정연, 2012), 치료지원 제공 치료사 자질 강화(손가화, 이병인, 2013)로 나타났다.

인간의 삶의 질을 위한 국가적 차원의 서비스는 연령과 특성에 따라 다르게 제공되고 있다. 교육부 주체 치료지원 서비스의 궁극적 목적과 유사한 형태의 사회서비스 제도는 보건복지부 주체 발달재활서비스로, 학령전기부터 제공되는 발달재활서비스는 서비스제공 대상자 선정에서 차이를 보인다. 그러나 서비스의 궁극적 목적은 인간의 전인적 발달에 영향을 미치는 교육을 개인의 특수성으로 일반교육환경에서 영위하지 못

하는 대상자를 중심으로 특수교육 대상자 및 조기 중재 대상자들의 개인 또는 사회전체의 복지증진 및 삶의 질 향상에 두고 있다. 따라서 국가차원 치료지원관련 연구들은 같은 맥락으로 해석될 수 있으며, 치료지원 서비스와 사회적서비스의 비교는 사회의 서비스 제도에 대한 이해 및 방향을 살펴보는 데 도움이 될 것이다.

이러한 측면에서 2009년 발달재활서비스와 2010년 언어발달지원서비스로 시작된 전자 바우처 관련 연구들을 살펴보면 다음과 같다. 2014년 교육부와 특수교육 연차보고서 및 특수교육통계 자료를 바탕으로 김정희, 김경란, 강정배(2015)는 장애아동 재활서비스 지원 사업 실태를 살펴보았다. 그 결과, 사회서비스 전자바우처 시스템에서 결제가 이루어진 발달재활서비스 지원기관이 2009년 636개 기관에서 2014년 4월 기준 총 1,535개 기관으로 나타났다(보건복지부, 2014b). 지역별 제공기관의 수를 살펴보았을 때, 서울과 경기지역이 전체 의 40%가량 편중됨을 볼 수 있었다(김정희 외, 2015; 서동명, 민선화, 2010). 사회서비스에 대한 부모의 만족도는 2009년부터 장애아동 재활치료 사업이라는 명칭 하에 이루어졌으며(박병일, 2011), 그 결과 점차적으로 개선됨을 볼 수 있었다(김정희 외, 2015). 그럼에도 불구하고 여전히 서비스 제공 인력의 전문성 강화를 비롯한(김하정, 2014) 사설기관 확대와 같은 요구사항도 꾸준히 나타났다(전귀옥 외, 2012).

사회서비스 관련 치료지원 실태조사는 현행되고 있는 서비스의 문제점을 찾아 개선함으로써, 질적 사회서비스 제공을 위한 목적을 가지고 있다. 따라서 사회서비스 관리와 평가에 대한 문제제기와 발전 방향, 평가모형 개발과 같은 연구들 또한 활발히 이루어지고 있다. 현행 사회서비스의 전자 바우처 지원방식은 비용 절감, 제공기관 간의 경쟁으로 서비스 질을 전망하였으나, 현실적으로는 서비스의 질을 악화시킨다는 연구들이 보고되고 있기 때문이다(강민희, 김지혜, 박지혜, 2011; 전동일, 오현경, 2012). 따라서 특수아동 치료지원 서비스 관련 사회서비스의 질 향상이 우선시 되어야 하며, 서비스 질을 향상시키기 위해서는 서비스 질

을 지속적으로 평가하는 것이 중요하다(Martin & Kettner, 2010). 서비스 성과평가는 서비스의 질, 효과성, 고객만족도가 활용되고 있으나, 이들의 척도는 주관적인 측정지표를 활용하고 있는 게 사실이다(김인, 2009). 따라서 성과평가의 신뢰도를 높이기 위해서는 관련된 관련주체를 다양하게 포함하고 설정하는 것이 중요하다(임정기, 2013).

지금까지 살펴본 연구들을 바탕으로 본 연구에서는 특수교육 대상자들의 교육력 강화를 위해 도입된 ‘치료지원 서비스’에 대한 궁극적 목적을 제고하는데 도움을 될, 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하고자 한다. 지금까지 이론체계가 부족한 분야의 탐색단계의 연구에서 연구 참여자들의 주관적 경험 및 세상을 구성하는 방식을 탐구하는 목적에 적합한 접근법으로 다양한 관점을 실제적이고 효율적으로 얻을 수 있는 연구방법(Marquart, Pollak, & Bickman, 1992; Trochim, 1989)으로 질적연구 방법과 양적연구 방법이 혼합된 개념도 방법은 본 연구에 적합한 연구 방법이다. 특수교육영역은 다양한 관련주체들로 구성되었으며, 이들의 의제를 정당하게 확보하기 위해서는 관련주체들을 포함한 연구가 필요하다(박상희, 홍성두, 2008). 따라서 본 연구는 관련주체들의 치료지원 서비스에 대한 경험적 이해를 통해 치료지원 효과를 탐색하고자 한다. 다각적 시각의 치료지원 효과를 살펴보기 위해 치료지원 서비스 제공기관 중 가장 많은 수를 차지하고 있으며(조재규, 2010), 치료지원 제공기관 중 확대 요구가 높은 사설 치료교육기관(전귀옥 외, 2012)으로 제한하였다. 그리고 사설 치료교육기관의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료대상자를 관련주체로 설정한 후, 본 연구 목적에 적합한 개념도 방법(concept mapping)을 활용한다.

따라서 본 연구는 이론체계가 부족한 치료지원 효과에 대한 개념을 관련주체들의 실증적 자료를 기반으로 양적분석을 실시하여 신뢰도와 타당도가 높은 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하는데 목적을 두고 있다.

2. 연구 문제

기존의 행정가 주도로 개정된 「특수교육진흥법」이 2007년 외부주도형의 「장애인 등에 대한 특수교육법」으로 제정되었다. 외부주도형은 특수교육 현장에 대한 높은 이해도를 가지고 있는 특수교육 관련주체로 특수교육대상자, 대상자 부모, 및 현장 특수교사들이 포함된다. 그들의 요구들은 법안에 포함되었고 제정된 새로운 법의 가장 큰 변화는 기존의 ‘치료교육’이 ‘치료지원 서비스’로 대체된 것이다. 특수교육 대상자들의 질적 교육 서비스를 제공하기 위한 ‘치료지원 서비스’는 치료지원 유형, 치료지원 대상자, 치료지원 영역 등 기존의 ‘치료교육’을 특수교육 대상자 중심으로 더욱 현실적으로 확대되었다. 새롭게 도입된 ‘치료지원 서비스’에 대한 특수교육학계의 관심은 관련 연구들에서 확인 할 수 있다. 치료지원 서비스 관련 연구는 새롭게 도입된 법안인 만큼 실태, 발전 방향 및 만족도 조사연구들이 활발히 이루어지고 있다. 그러나 현재까지 연구들은 특수교육 대상자들의 교육력 강화를 목적으로 하는 ‘치료지원 서비스’에 대한 궁극적 목적을 제고하는 연구는 매우 한정되어 있다. 따라서 본 연구에서는 특수교육 대상자들이 ‘치료지원 서비스’를 가장 많이 이용하는 기관을 중심으로 관련주체를 기관 운영자, 교사, 치료대상자 부모로 설정하고 이들이 인식하는 치료지원 효과를 차원과 군집을 통해 살펴봄으로써, 치료지원 효과에 대한 목적 제고 및 이해를 돕기 위해 ‘치료지원 효과’에 대한 개념을 정립하고자 한다. 이러한 연구 목적을 중심으로 다음과 같은 연구 문제를 다루고자 한다.

1. 관련주체들은 치료지원 효과를 어떻게 인식하고 있는가?
2. 관련주체들의 치료지원 효과는 어떻게 나타나는가?
 - 1) 관련주체들의 치료지원 효과 개념의 차원은 어떠한가?
 - 2) 관련주체들의 치료지원 효과 개념에 대한 군집은 어떠한가?
 - 3) 관련주체들의 치료지원 효과에 대한 개념도는 어떠한가?
 - 4) 관련주체들의 치료지원 효과 개념 군집의 중요도는 어떠한가?
3. 관련주체별 치료지원 효과에 대한 인식의 차이는 어떻게 나타나는가?
 - 1) 관련주체별 치료지원 효과에 대한 개념도는 어떠한가?
 - 2) 관련주체별 치료지원 효과 개념 군집의 중요도는 어떠한가?

3. 용어의 정의

이상에서 밝힌 연구의 필요성 및 목적을 바탕으로 본 연구에서 사용된 주요 개념 및 용어의 정의를 제시하면 다음과 같다

1) 치료지원

특수교육 대상자들은 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 근거하여 교육의 권리를 보장받고 있다. 특수교육 대상자들의 교육은 일반학교에서 제공되는 공교육과 더불어 개인의 특수성을 고려한 특수교육 관련서비스를 부가적으로 포함하고 있다. 특수교육 관련서비스 중 특수교육 대상자의 교육적 목표와 직결되는 서비스는 치료지원서비스로 학습적·기능적 욕구를 충족시키기 위해 다양한 치료지원 영역을 제공하고 있다. 현재 우리나라의 치료지원은 지원주체에 따라 치료지원대상자, 치료지원방법, 치료지원영역 등이 다양하게 나타난다. 본 연구에서는 치료지원 주체를 교육부로 설정하여 교육부에서 제공하는 치료지원으로 한정하여 사용할 것이다.

2) 관련주체

교육 주체는 ‘어떠한 교육이 어떻게 이루어져야 할 것인가를 결정하는데 있어서 발언권 혹은 참여권으로서의 교육권을 행사할 수 있는 힘을 법적으로 인정받은 자’로 법적으로 규정된다(강영혜, 2003; 재인용). 이러한 법률적 측면 하에 우리나라 공교육 내 학교 중심의 교육 주체는 학생, 학부모, 교사, 학교 설치자, 국가 등이 법적으로 인정받는 교육 주체

이며(강인수, 1996), 다수의 연구에서 제시된 대표적 교육 주체는 학생, 교사, 학부모 등으로 좁혀져 있다. 특수교육분야의 교육주체 또는 관련 주체는 특수교육 대상자, 특수교육 대상자 부모, 특수교사 등으로 설정하였다(권순성, 김재웅, 2010).

본 연구는 치료지원서비스 관련주체를 치료지원서비스 제공기관을 중심으로 설정한다. 특수교육 치료지원서비스 제공기관은 일반적으로 장애인복지관, 병원, 사설 치료기관 등과 같이 다양한 형태로 나타난다. 그 중 기관의 수와 치료지원서비스 수요가 가장 높은 환경(조재규, 2010)인 사설 치료기관을 중심으로 관련주체를 설정한다.

이에 본 연구는 치료지원서비스를 제공하는 사설 치료기관의 기관 운영자, 치료를 제공하는 교사, 치료대상자의 부모를 관련주체로 제안할 것이다.

3) 치료지원 효과

일반적으로 효과(effects)는 제공되는 서비스의 목적 또는 목표 달성여부로 파악된다(Madaus, 1980). 본 연구는 특수교육대상자의 교육력 강화를 목적으로 제공되는 치료지원서비스의 효과를 탐색하는 연구로 치료를 통해 드러나는 효과 전반을 치료지원 효과로 보고 사용할 것이다.

II. 이론적 배경

특수교육 관련주체들의 특수교육 대상자 교육권 보장 및 교육력 강화를 위한 노력은 꾸준히 이어지고 있다. 최신 특수교육대상자 관련 법령인 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」이 그 예시 중 하나이기도 하다. 이에 본 장에서는 본 연구의 핵심 주제이자 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제정으로 삽입된 치료지원 서비스의 법적·실제적 모습 및 치료지원 서비스의 관련주체에 대해 살펴보고자 한다. 더불어 교육부 주체의 치료지원 서비스와 유사한 보건복지부 주체의 관련 치료 서비스 및 외국의 치료지원 서비스에 대해 살펴봄으로써 현행되고 있는 특수교육 대상자 중심의 특수교육 관련서비스 중 치료지원 서비스에 대한 사회적 위치를 이해하고자 한다.

1. 치료지원 서비스

1) 치료지원 서비스 도입

현행 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제1조에 따르면 「교육기본법」 제 18조에 따라 국가 및 지방자치단체가 장애인 및 특별한 교육적 요구가 있는 사람에게 통합된 교육환경을 제공하고 생애주기에 따라 장애유형 장애정도의 특성을 고려한 교육을 실시하여 이들이 자아실현과 사회통합을 하는데 기여함을 목적으로 하고 있다. 2007년 제정된 「장애인 등에 대한 특수교육법」은 과거의 특수교육법과 다음과 같은 차별성을 보인다.

첫째, 과거의 1994년 「특수교육진흥법」은 전문가와 행정가 주도하에 법이 개정 됐지만(나경은, 2017), 현행법은 특수교육 교육주체인 장애인 본인, 장애인 부모, 현장의 특수교사들의 요구에 의해 법안이 준비되었으며 그들의 요구들은 대부분 포함하고 있다는데 큰 의의가 있다(권순성, 김재웅, 2010). 더불어 외부주도형 법의 가장 큰 변화는 특수교육 대상자들의 교육권 보장을 위한 다양한 활동들이 포함되었으며, 이러한 법률들에 맞는 시스템을 구축하고 운영하는데 가장 큰 변화가 나타났다(나경은, 2017).

둘째, 장애인들의 교육의 권리와 사회복지의 권리를 통해 개개인의 정체성을 형성시키고 자존감을 확립함으로써 건전한 사회인으로서의 자질을 함양하는데 있다(황정보, 이선재, 안병주, 강경희, 김청아, 2007). 이는 정치적 논리와는 달리 교육적 논리를 중심으로 제정의 방향을 잡았다는데 의의가 있다(김원경, 한현민, 2007).

셋째, 특수교육의 궁극적 목적인 자아실현을 위해 특수교육을 구체화하는 방안을 법률화한 것이다(배찬효, 2013). 과거에는 통합교육과 같은 교육환경 조정 및 개별화교육의 실행에 있어 법적 효력은 간과됐지만, 앞으로는 교육주체 간 협력체계 속에서 법을 준수하며 특수교육 대상자의 자아실현을 위한 꾸준한 노력이 이루어져야 한다.

위에 제시된 1994년 「특수교육진흥법」과 제정된 2007년 「장애인 등에 대한 법」의 다른 점은 제정된 법률은 더욱 현실적이고 실천적인 의미를 부여하고 있다. 그 중 특수교육 대상자의 교육의 질을 위한 가장 현실적이고 실천적 의미에서의 변화는 특수교육 관련서비스다. IDEA(Individuals with Disabilities Education Act, 2004)는 ‘특수교육’과 ‘특수교육 관련서비스’에 관계를 명확히 구분하여 규정하고 있다. 특수교육(Special Education)은 ‘개별 특수교육 대상자의 특수한 요구를 충족시켜주기 위해 특별히 고안된 수업’이다. 관련서비스(Related Service in Special Education)는 ‘특수교육으로부터 개별 특수교육 대상자를 지원하기 위해 특별히 제공되는 일련의 특수교육을 강화할 수 있도록 도움을

주는데 필요한 서비스'로 규정하고 있다.

우리나라의 특수교육법 또한 IDEA와 유사하게 특수교육 관련서비스에 대해 구체적으로 명시하고 있다. 2007년 제정된 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 의하면, 특수교육 관련서비스는 '특수교육 대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로 상담지원, 가족지원, 치료지원, 보조인력 지원, 보조공학 기기지원, 학습보조 기기지원, 통학지원, 정보접근지원 등'으로 정의하고 있다(교육부, 2017). 이와 같은 모든 특수교육 관련서비스 항목들은 특수교육 대상자들의 교육의 효율을 직·간접적으로 돕고 있으며, 그 중 교육의 효율에 직접적 영향을 미치는 영역이자 특수교육 대상자의 약 50%가 제공받는 관련서비스(교육부, 2017)인 치료지원 서비스에 대해 심도 있게 살펴볼 필요가 있다.

2007년 도입된 '치료지원 서비스'는 1994년 「특수교육진흥법」 개정으로 공식적으로 도입된 기존의 치료교육(therapeutic education)의 불충분한 학문적 담론으로 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제정과 함께 특수교육 관련서비스의 하나인 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」 제24조 '치료지원 서비스(therapeutic support service)'로 명칭을 변경하여 제공하게 되었다. '치료교육'의 학술적 담론은 '치료'와 '교육'에 대한 연구자들의 다양한 해석적 관점에서 시작되었다. 가장 대표적인 이규식(2003)과 전현선(1997)의 치료교육의 정의를 살펴보면, 치료교육이란 장애아동의 무한한 생명력을 유지·발전시키고, 생리적 자기조절 기능의 평형상태를 회복시키며, 장애로 인하여 발생한 결함을 보충함과 동시에 생활기능을 회복시켜주는 교육활동으로, 치료교육은 특수교육 대상학생의 결함을 보충하고 생활기능을 회복시켜 이들의 전인적 발달을 도모하는 특수교육의 기초 기본 교육활동이라고 할 수 있다(이규식, 2003; 재인용). 전현선(1997)은 '치료교육이란 일반적인 교육방법으로는 충분한 효과를 기대할 수 없는 심신에 결함을 지닌 특수아동에게 의학적 심리학적 치료의 수단을 접근시키는 교육방법이며 특수교육의 한 분야'로 정의 내

렸다. 따라서 장애아에 대하여 신체적인 면은 의사가 치료하고 정신적인 면을 교육자가 교육하는 것을 뜻하는 것이 아닌 치료교육은 치료와 교육이란 양쪽 활동이 역동적인 관계로서 통합적으로 수행되는 것으로 해석할 수 있다. 위와 같이 치료교육에 대한 불충분한 담론에 대한 논쟁이 치료교육에 대한 궁극적 의미의 차별성으로 부각되어 나타나지 않음에 따라, 지속적으로 제기되는 담론의 문제를 치료교육에 대한 이론과 논리로 받아들이지 않고 정치적 문제로 해석되었다(한현민, 2005). 이에 따라 2007년 치료교육 항목이 삭제되고 특수교육 대상자의 효율적 교육을 위해 치료지원 서비스, 상담지원, 가족지원 등이 포함된 특수교육 관련서비스로 전환되었다(김진희, 박재국, 2015).

2) 치료지원 서비스 실제

치료지원 서비스 도입으로 인해 나타난 변화 중 가장 큰 변화는 치료지원 서비스 제공방법의 차이로 볼 수 있다. 기존의 치료교육은 교내에 치료교육 교사가 배치됨에 따라 치료교육 담당 교원이 아동의 다양한 치료교육을 제공하는 형태였다. 따라서 치료교육 담당 교원의 전문성 부족, 치료교육 담당 인력의 양적 부족, 치료교육의 내용과 형식에 대한 합의 부족으로 나타난 교육 현장 혼란이 드러남에 따라(안수경, 김영태, 전현선, 정동일, 한현민, 2005), 특수교육 대상자들의 치료적 요구에 부응할 수 없음이 판단되어 치료교육은 통폐합하게 되었다. 즉, 치료교육의 궁극적 목적인 전문적 치료교육을 제공하기 위해 ‘치료지원 서비스’가 도입되었다(정민호, 최영중, 김삼섭, 2009).

2017년 교육청에서 제공하는 치료지원 서비스의 목적 및 운영방침은 다음과 같다. 치료지원 서비스는 특수교육 대상자의 장애 교정, 장애 경감 및 2차 장애 예방과 특수교육 대상자의 장애 개선을 통한 사회 적응력 향상 및 특수교육 대상자 교육의 효율성 증대에 목적을 두고 있다.

이에 치료지원 대상은 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제 15조에 의해 특수교육을 필요로 하는 진단·평가된 사람으로서 치료지원이 요구되는 공·사립 유·초·중·고등학교 과정에 재학하는 특수교육 대상자 중 치료지원이 필요한 학생이며, 특수교육 대상 영아의 경우 치료지원은 지역 교육 지원청 특수교육지원센터의 지원계획에 따라야 한다. 치료지원 제외 대상은 보건복지부 발달재활서비스에서 제공하는 동일 영역 치료지원 수혜자 및 교육기관이 아닌 어린이집 재원 중인 원아와 취학 연기·유예자, 학교장이 위탁하지 않은 대안학교에 재학 중인 학생이 포함된다. 치료지원 제공 대상자 선정절차는 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 치료지원 제공 대상자 선정절차

절차	주체	내용
수요조사	특수교육지원 센터 및 학교	특수교육대상자 선정 여부 확인 및 의견수렴
진단평가 및 선정	특수교육운영위원회	특수교육대상자 선정 시 치료지원 관련 내용 명시
	학교 개별화교육지원팀	개별화교육계획에 치료지원관련내용 작성 치료지원 영역 및 방법 협의
선정 결과 안내	특수교육운영위원회 학 교 개별화교육지원팀	치료지원 대상자 선정 결과 통보 치료지원 서비스 이용 방법 안내

출처: 서울특별시교육청 특수교육지원센터

제공되는 치료지원 영역을 살펴보면, 치료사 국가면허 또는 국가공인 민간자격 소지자가 제공하는 치료영역으로, 물리치료, 작업치료, 언어·청

능, 미술·음악, 행동·놀이·심리, 감각·운동 치료가 있다. 치료지원 금액은 월 12만원으로, 1일 3만원 이내에서 횟수 제한 없이 실비 지원하며 지원 방법은 전자카드(군센카드)사용을 원칙으로 치료지원에 해당하는 공공보건 의료기관, 장애인 복지시설, 대학 및 병·의원 해당 영역 치료실 및 보건복지부 발달재활서비스 수행 승인기관인 사설치료실, 사회복지시설에서 치료지원을 제공 받을 수 있다. <표 II-2>은 치료지원 절차 및 방법에 대한 상세 내용이다.

<표 II-2> 치료지원 절차 및 방법

절차	주관	내용
개인별 치료지원 계획 수립	개별화교육지원팀	학생별 치료지원 영역 및 방법 결정
군센카드 발급	학교: 교육청에 발급신청 교육청: 학교로 카드교부	학교에서 해당 교육청으로 카 드발급 신청 (특수학교의 경우 자체 발급)
치료지원 서비스 실행	학교	전자카드 사용: 교육청 지정 치료지원 제공기관 이용
치료지원 내용 기록	학교	기관: 학교로 치료지원제공기 록지(원보)송부/사본 보관 학교: IEP 치료지원 내용기록 (치료지원 제공 기록지 첨부)
만족도 조사	교육(지원)청	교사, 보호자, 학생 및 제공기 관을 대상으로 치료지원 내용 에 대한 만족도 조사 실시 향후 치료지원 운영계획 수립 에 반영

출처: 서울특별시교육청 특수교육지원센터

2008년 특수교육법 시행령에 따라 치료지원 서비스가 전면적으로 시도된 2009년 총 특수교육 대상자 79,711명 중 15,920명으로 약 20%가 치료지원 서비스를 제공받았다(교육부, 2010). 2017년 특수교육연차보고서에 따르면 총 특수교육 대상자 89,353명 중 42,467명으로 약 47.53%가 치료지원 서비스를 제공받음에 따라, 치료지원 서비스 도입 7년 동안 약 2.5배의 특수교육 대상자가 치료지원 서비스를 제공받았다. 치료지원 서비스 대상자 수의 증가는 치료지원 서비스 예산에도 영향을 크게 미쳤다. 즉, 치료지원 서비스 도입 첫 해의 예산은 총 181억이었으며, 가장 최근의 예산은 총 550억으로 치료지원 서비스 예산은 7년 동안 약 3배가 증가되었다. 이러한 치료지원 서비스 이용 방법 개선 및 예산의 확대는 치료지원 서비스 수혜자인 치료지원 대상자 부모에게 치료지원 비용 절감에 대해 긍정적 인식을 제공하였다(강경희, 손현주, 지아영, 2015; 전귀옥 외, 2012; 조재규, 2010).

반면 치료지원 서비스 실천의 문제점으로는 치료지원 절차, 치료지원에 대한 특수교사 및 일반교사의 지식 부족, 제도적 측면, 교사 관련연구들이 이루어졌다. 치료지원 절차의 경우 치료지원 영역 결정 시 개별화교육 지원팀과의 연계 문제 및 대상자 선정 문제들이 제시되었으며(최연호 외, 2013), 치료목표 선정 및 평가의 어려움에 대한 문제점들도 드러났다(박소현, 김영태, 2008). 치료지원 서비스의 긍정적·부정적 경험을 통해 다음과 같은 개선 방안을 제시하기도 하였다. 치료지원 서비스 이용을 위한 치료지원 제공기관 장기 대기로 치료지원 제공기관의 양적 확대 및 치료지원 서비스 회기 추가를 개선 방안으로 제시하였다(강경희 외, 2015; 김지현, 황상심, 2013).

3) 치료지원 서비스 관련 선행연구

치료지원 서비스 관련 선행연구 리뷰는 치료지원 서비스에 대한 사회적 관심 및 그들의 관심 분야를 살펴볼 수 있다.

치료지원 서비스 관련 연구들의 영역으로 구분하여 살펴보면 치료기관 이용실태, 치료지원 실천의 문제점, 그리고 치료지원 서비스 만족도 및 요구로 나눌 수 있다. 우선 치료지원 서비스 실태 연구들은 치료지원 내용, 치료지원 형태, 치료지원 대상자 선정 절차와 같은 연구들이 주를 이루고 있다. 치료지원 영역관련 연구 중 윤광보, 김영걸(2009)의 연구에서는 언어치료 수요가 60%로 타 치료지원 영역에 비해 월등히 높게 나타났다으며, 서창원, 오세철(2014)연구에서도 언어치료 수요가 42%로 높게 나타났다. 연령에 따른 치료지원 서비스 이용자들을 살펴봤을 때, 학령전기 아동이 94.4%, 학령기아동 83.5%, 청소년기 57.7%가 언어치료 서비스를 받고 있다고 한다(김지현, 황상심, 2013). 전귀옥 외(2012) 연구에서는 아동의 장애영역에 따른 치료지원 영역의 차이로 다르게 나타난다고 보고하고 있다. 치료지원 서비스 제공 장소로는 특수교육지원센터가 40.4%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 지역의료서비스 기관이 30.5%로 나타났다(박지현, 김정연, 2012). 반면 전귀옥 외(2012)의 학부모 대상 실태조사 결과 특수교육지원센터 이용경험은 1.8%에 불과했으며, 사회복지관이 41.8%, 사설치료실 32.7%로 높게 나타났으며, 이는 조재규(2010)연구의 사설 특수교육 전문클리닉이 공적 기관 이용보다 높다는 연구와 유사한 결과이다.

치료지원 서비스 만족도 및 요구 연구들은 치료지원 서비스에 대한 만족과 장애영역별 치료지원 영역에 대한 요구 및 치료지원 개선에 대한 요구들이 주를 이루었다. 우선 치료지원 서비스 만족도 연구(김지현, 황상심, 2013)에서 46.7%가 만족하고 있으며, 45.2%가 보통이라고 응답했으며, 불만족에 이유로는 치료회기 횟수가 가장 높았으며, 치료비용이 그 다음을 이었다. 치료교육 환경에 따른 만족도 연구(김정완, 2011)에서는

종합병원이 타 치료지원 서비스 기관에 비해 상대적으로 낮게 나타났으며, 접근성 측면에서는 사설치료실이 높은 만족도를 보였으며, 또한 복지관의 경우 치료비용면에서 가장 높은 만족도를 보였다. 치료지원 개선요구 연구에서는 치료지원 유관기관과의 연계를 확대하기 위한 방안으로써 교사와 담당교사와의 협력 방안을 마련되어야 한다고 지적하고 있다(박지현, 김정연, 2012). 또한 서창원, 오세철(2014)은 치료지원 개선을 위해서는 치료지원 시간의 확장 및 치료의 다양성, 치료지원 이용의 편리성, 치료지원 질적 측면과 전문성을 검토의 필요성을 시사하였다.

이러한 특수교육학계의 큰 변화는 「장애인 등에 대한 특수교육법」 관련 연구에서도 고스란히 드러난다. 새로운 법이 제정된 이후 초반 연구들은 법 제정에 따른 적용단계 연구들로 시작된다. 새로운 법에 따라 실제적 적용 방법에 대한 논의로 통합교육, 개별화교육, 교육과정 운영, 순회교육, 교원배치, 특수교육관련 서비스 등으로 나타났다(김용욱, 유종열, 백운찬, 2009). 적용단계를 지남에 따라 연구들은 특수교육법 관련법 정비의 필요성이 대두되면서 특수교육법 정비방안 관련 연구들이 진행되었다. 특수교육과정에 대한 법적 근거를 바탕으로 「장애인 등에 대한 특수교육법」의 문제 및 개선방안을 탐색한 연구(박창언, 2010)를 비롯한, 특수교육법의 평가교정 개선과제 탐색 연구(김혜령, 2013), 특수교육법의 교육학적 문제점과 개선방안 탐색 연구(배찬호, 2013)등이 이루어졌다.

이와 같은 연구들은 문헌연구와 설문 및 면접 형태의 연구들이 주를 이루고 있다. 따라서 외부주도형 정책의 성공적인 법을 유지하기 위해서는 다양한 방법으로 「장애인 등에 대한 특수교육법」을 해석하고 현상에 대한 이해를 높이는 연구들의 필요성이 제기되고 있다.

4) 치료지원 서비스 관련주체

교육학 분야는 교육 대상자의 질적 교육을 위한 새로운 변화와 혁신을 수용하기 위해 관련주체들의 다양한 견해와 생각을 통해 합리적 의사결정을 시도한다(이미순, 손성국, 2016). 특히 특수교육 분야는 타 교육 분야에 비해 특수교육 대상자들의 양질의 교육을 위한 다양한 시각을 제공할 수 있는 관련주체의 영향력을 매우 중요하게 인식하고 있다(박상희, 홍성두, 2008). 따라서 특수교육의 관련주체(related subject) 또는 이해관계자(stakeholder)는 장애학생, 학부모, 일반교사, 특수교사, 장학사, 정책결정자, 지역주민, 자원제공자, 직원, 관련 전문직 등이 포함 될 수 있다.

치료지원 서비스 관련 연구 중 관련주체들을 대상으로 하는 연구들은 장애학생, 부모, 일반교사, 특수교사, 치료사를 대상으로 다양하게 이루어지고 있다(표윤희, 2013). 관련주체 중 연구 대상자 높은 빈도를 보인 집단은 부모로, 치료지원 서비스에 대한 인식 및 만족도(강경희 외, 2015; 김정완, 2011; 김지현, 황상심, 2013; 박미혜, 2012; 전귀옥 외, 2012) 관련 연구들이 주를 이루었다. 그 다음으로 치료지원 대상자에게 치료를 제공하는 치료사의 치료지원 서비스에 대한 인식 및 서비스 역량(김수진 외, 2008; 김시현, 김화수, 2017; 손가화, 이병인, 2013) 연구들이 이루어졌다.

위와 같은 연구들은 다양한 관련주체를 대상으로 치료지원 서비스의 질을 제고할 수 있는 역량을 가진 관련주체들의 다양한 시각을 제공함으로써 치료지원 서비스 질을 향상 시키는데 큰 역할을 한다.

2. 관련 치료 서비스

1) 발달재활서비스 도입

사회서비스는 개인 또는 사회전체의 복지증진 및 삶의 질을 향상시키기 위해 국가 차원에서 제공되는 서비스로 공공행정, 사회복지, 보건의료, 교육, 문화를 포괄하는 개념이다.

현재 제공되고 있는 사회서비스 전자 바우처 제도와 기존의 사회서비스를 비교 시, 기존의 사회서비스는 공급기관 지원방식의 저소득층을 대상으로 단일 기관이 독점하여 획일적이고 정형화된 서비스를 제공하였던 것이 특징이다. 이러한 지원방식으로 인하여 한정된 수요자에게 한정된 서비스만을 제공함에 따라 사회서비스에 대한 문제점들이 지속적으로 제기 되었었다. 이러한 문제점들을 최소화하기 위해 2007년 기존의 사회서비스 제도가 사회서비스 전자 바우처로 전환되었고, 이는 수요자가 직접 지원기관을 선택하는 방식으로 대상자 확대뿐만 아니라 다수 기관 경쟁으로부터 대상자에게 다양한 서비스를 제공 할 수 있는 구도로 변하게 되었다. 전자 바우처 이해를 돕기 위한 도입 전후 차이는 <표 II-3>에서 자세히 제시하고 있다. 사회서비스 수혜자는 궁극적으로 서비스 공급자가 아닌 서비스 수요자로, 수요자 중심의 지원방식은 매우 적절한 합의이며, 이에 따른 전자 바우처 도입은 사회서비스를 활성화하고 질을 향상시키는데 큰 역할을 하였다(신창완, 2012).

장애아동을 위한 재활치료에 대한 관심은 오랫동안 이어져 왔으나 특수교육내의 치료교육에 한정됨에 따라 체계적인 재활치료를 제공하는데 한계가 따랐다(문장원, 2015). 더불어 학령 전기 아동의 장애 조기 발견은 사회 부적응 및 장애를 예방하고 최소화하는데 중요한 요인으로 이에 따른 조기중재의 필요성이 강조되었다(Mash & Wolfe, 2002). 또한 국내외 많은 연구자들은 문제 행동과 같은 행동적 정신적 문제의 경우 조기

중재가 적절히 제공되지 않음에 따라 중세가 심각해질 수 있다고 보고하였다(Campbell, 2002; Patterson et al., 1991). 이와 같은 조기중재의 중요성을 인식하고 받아들여 보건복지부는 2009년 지역사회서비스의 일환으로 발달재활서비스를 도입하였다.

<표 II-3> 전자 바우처 도입 전·후 차이

구분	공급기관 지원방식	수요자 지원방식
대상	수급자 등 저소득층 (수동적 보호대상)	서민·중산층까지 확대 (능동적 구매자)
서비스 비용	전 액 국가 지원	일부 본인부담
서비스 시간	공 급 기 관 재 량	대상자 욕구별 표준화
공급기관	단일 기관 독 점	다수 기관 경쟁
특징	획일적이고 정형화된 서비스 제공	공급자간 경쟁을 통한 다양한 서비스 제공

출처: 보건복지부 사회서비스 전자바우처

2009년 바우처 방식으로 재정 지원되는 발달재활서비스는 장애아동의 인지, 의사소통, 적응행동, 감각·운동 등의 기능향상과 행동발달을 위하여 지원하는 사회서비스 중 하나이다. 보건복지부의 지역사회서비스 혁신사업 중 자체 개발형 사업인 장애아동 재활치료 사업은 평균소득 150%이하, 재활치료를 요구하는 만 18세 미만의 장애아동을 대상으로 전국적으로 확대하여 바우처 재정지원 방식으로 제공되고 있다. 제공되

고 있는 서비스 내용으로는 언어·청능, 미술, 음악, 행동, 놀이, 심리, 감각·운동 및 장애아동 및 부모의 수요에 따라 사업실시 기관이 다양한 서비스 개발 또한 가능하다. 월 14~22만원 내에서 포인트로 지원으로 발달재활서비스 수혜자의 본인부담금은 면제 또는 최대 8만원으로 책정되어 있다. 발달재활서비스 선정 절차는 교육부의 치료지원 서비스와 비교 시 간단히 이루어지고 있다. 장애등록이 된 대상자는 즉시 서비스 대상자가 될 수 있으며, 영유아(만6세 미만)의 경우 발달재활서비스 의뢰서, 세부영역 검사결과서 및 검사자료를 제출하면 된다. 발달재활서비스 신청 절차는 <표 II-4>과 같다.

<표 II-4> 발달재활서비스 신청 절차

단계	내용	상세 내용
1	서비스 신청	읍/면/동 주민센터에 방문 신청
2	소득재산 조사	읍/면/동 주민센터에서 소득 재산 조사
3	지원대상자여부 및 등급 결정	읍/ 면 / 동 주 민센 터에서 지원 대상자 여부와 등급 결정
4	지원대상자에게 통지	읍/면/동 주민센터에서 지원대상자에게 통지
5	바우처 카드 발급 신청	읍/면/동 주민센터에서 바우처 카드 발급 신청
6	바우처 카드 발급 및 발송	사회보장정보원에서 바우처 카드를 발급 하고 발송
7	서비스 제공	서비스 제공기관에서 서비스를 제공

출처: 보건복지부

2) 발달재활서비스 실제

사회서비스 전자 바우처 제도의 하나인 발달재활서비스는 교육부의 치료지원 서비스의 교육 효과 관점과는 달리 서비스 제도적 관점에 중점을 두고 있다. 따라서 발달재활서비스 도입의 배경적 요인과 연계된 보고들이 주를 이루고 있다. 전자 바우처 도입의 혁신적 변화로 서비스 공급기관 중심의 기존 사회서비스는 수요자 중심의 서비스로 변경되었으며, 이에 따라 서비스 제공 기관의 유형이 비영리기관과 더불어 영리기관들의 사회서비스 제공기관으로 합류(강현주, 이상무, 2015)가 드러나게 된다. 김정희 외(2015)가 장애아동 재활서비스 지원 사업 실태를 살펴본 결과, 사회서비스 전자바우처 시스템에서 결제가 이루어진 발달재활서비스 지원기관이 2009년 636개 기관에서 2014년 4월 기준 총 1,535개 기관으로 나타났다(보건복지부, 2014b). 이는 수요자 중심의 서비스임을 확인할 수 있는 중요한 정보로, 발달재활서비스 이용자들의 편의를 위한 제공기관의 확대로 서비스의 궁극적 목적을 실현시키고 있음을 증명하였다.

발달재활서비스 유형은 정확히 확정되지는 않았음에도 관련법과 보건복지부 지침 상에 명시된, 언어·청능, 미술, 음악, 행동, 놀이, 심리, 감각, 운동 등의 10개 유형으로 대략적으로 구분할 수 있다(김정희, 조윤경, 박주영, 이의정, 2014). 따라서 언어발달지원과 발달장애인 부모심리 상담 서비스지원 기관의 경우 발달재활서비스 기관에서 동시에 서비스를 제공하는 경우가 많으므로, 김정희 외(2015)의 연구는 장애아동 가족지원 전반의 사업 실태로도 추정할 수 있다. 따라서 최근 5년간 대략 2.5배로의 기관수의 증가는 기관이 제공하는 특정 치료교육을 요구하는 수요자의 수의 증가와 이러한 치료교육의 필요성을 동시에 시사하고 있다.

발달재활서비스 제공기관의 특성을 살펴보면, 총 1,535개 서비스 제공기관 중 개인사업자가 1,003개로 가장 높은 비중을 차지하였으며, 그 다음으로 비영리기관 183개, 종합사회복지관 151개, 장애인복지관 129개 등으로 나타났다(김정희 외, 2015). 이러한 발달재활서비스 제공기관의 다

양성은 김정희 등(2014)의 연구와 유사하게 나타났다. 기존의 이원화된 역할 분담체제였던 사회서비스 체제와는 달리 개인사업자 즉 민간제공기관의 공급을 참여 확대시키는 시장화 전략의 추진 결과라 할 수 있다(강현주, 이상무, 2015). 이런 시장 전략화는 서비스제공 기관의 특성에 고스란히 나타나고 있으며, 이는 사회서비스 기관들 간의 경쟁구도를 야기시켰다. 즉, 사회서비스의 궁극적 목적인 다양한 특성을 소유하고 있는 많은 수의 대상자에게 질적 사회서비스 제공을 고려했을 때, 사회서비스 제공 기관간의 경쟁적 구도에서 품질향상을 위한 경쟁은 사회서비스 입안자에게는 성공적 사업으로 해석될 수 있다. 그러나 사회서비스제공 기관간의 경쟁적 구도는 서비스 공급자들의 이동과 기관간의 고객쟁탈전과 같은 부정적 측면이 동시에 나타남으로써 사회서비스의 문제점들이 속속히 드러나고 있는 실정이다(김선명, 2009).

사회서비스의 양적 성장은 체계적 사회서비스 관리를 요구하고 있다. 현재 사회서비스 관리 체계는 수요자가 바우처를 신청하면 중앙정부와 지방정부가 수요자에게 바우처를 제공하고, 이 바우처를 제공한 정부기관은 수요자에게 서비스를 제공하는 공급기관을 대상으로 서비스 품질관리를 한다. 품질평가관리는 사회적 책무성을 담보로 외적 측면에서 공급기관을 평가하는데, 사회서비스 전자 바우처 제도에서 제공하는 품질평가지표에는 기관영역, 인적관리, 이용자 영역, 그리고 서비스 제공부분이 포함되어있다. 이 평가의 목적은 서비스 최소기준을 정하고 그 기준에 준하는 가를 검증하고, 서비스 수요자에게 서비스 품질 수준을 알려주기 위함이다. 즉 평가제도는 시혜적 서비스에서 고착되지 않고 국민이 체감하는 복지수준을 높이기 위한 평가임에도 불구하고 많은 한계점이 따른다(강현주, 이상무, 2015).

미국의 경우 1993년 연방정부 차원의 정부성과 및 결과에 관한 법률을 제정함에 따라 정부 지원을 받고 있는 모든 사업들은 성과측정지표를 수립이 요구되었다. 우리나라 또한 사회복지 공동모금회 연구센터(2009)에서 최근 예산지원을 받는 프로그램들의 성과측정지표를 개발한 사례도

있다. 이 평가는 투입(input), 과정(process), 산출(outputs) 또는 성과(outcomes)에 초점을 둔 평가이다. 성과측정치표 개발에 있어서 중요한 부분은 성과 개념 정립의 중요성으로 이를 간과해서는 않된다. 즉, 정립된 개념 하에 사회서비스는 다양한 대상자에게 다양한 서비스를 제공함으로써, 각 서비스에 대한 성과측정치표가 다르게 제공될 필요가 있다는 것이다.

우리는 높은 질의 서비스를 제공하기 위해서는 객관적이고 타당한 정보를 수요자에게 제공하는 것이 중요하다. 따라서 우리는 사회서비스에 대한 성과를 과학적으로 예측, 평가, 보고를 함으로써 제공된 서비스의 질을 증명하는 것이 매우 중요하다. Martin & Kettner(2010)는 사회서비스 성과측정은 효율성, 질, 효과성에 대한 정보를 정기적으로 수집하고 보고함으로써 서비스관리를 할 수 있을 뿐만 아니라, 성과 결과에 대한 효율성, 질, 효과성을 높일 수 있는 구체적인 대안을 동시에 제공함으로써 서비스제공기관의 제고 및 발전의 기회를 제공하는 것이 중요하다고 제안했다.

사회서비스 분야에서 강조하는 성과기준의 공통적 기준은 효과성과 효율성이다(김용득, 이복실, 강희설, 2009). 수요자에게 제공되는 모든 사회서비스는 수요자에 대한 대응성, 접근성, 신뢰도를 수요자에게 제공하여야 한다. 즉, 사회서비스관련 지역관리자는 직접적으로 관여되지 않으므로, 서비스에 대한 대처는 서비스제공자와 수요자가 이루어야 할 부분이기도 하다.

현재 사회서비스제도 관련 서비스 질을 개선하기 위한 다양한 연구들이 진행되고 있다(박춘복, 김종호, 정광호, 2014; 양기용, 2015; 이봉주, 2013). 발달재활서비스와 같은 주제의 사회서비스제도 연구들(김정희 외, 2015; 김정희 외, 2014; 김하정, 2014; 전귀옥 외, 2012; 김은희, 2010; 서동명, 민선화, 2010; 양숙미, 오혜경, 전동일, 2010)은 지속적으로 이루어지고 있으며, 사회서비스제공 기관 특성 즉, 비영리기관과 영리기관과 관련된 연구들(강현주, 이상무, 2015; 조상미, 정선희, 이재희, 하정은, 2012;

김선명, 2009) 또한 현재 활발히 이루어지고 있다. 특수아동 치료교육 관련 연구들을 살펴보면 현재 지원되는 치료지원의 이용 실태관련 연구가 주를 이루었다. 이용 실태 연구들은 연구대상의 일반적 특성을 포함한 치료지원 서비스 이용 유형과 이용 중인 치료기관 유형 및 치료지원 서비스 대기 기간, 치료유형, 월 단위 치료비용, 치료받는 이유등과 같은 지원서비스 관련 전반적인 부분을 부모를 통해 설문조사를 실시하였다. 뿐만 아니라 제공되는 치료지원 서비스에 대한 부모의 인식 및 만족도와 요구들을 설문조사를 통해 살펴본 연구들이다. 연구 결과에 따르면 사회서비스 이용자의 수는 2009년 18,005명에서 2014년 46,979명으로 최근 5년간 이용자의 수가 3배가량 확대됨을 볼 수 있었으며(김하정, 2014), 지역별 서비스 제공기관의 수를 살펴보았을 때, 서울과 경기지역이 전체의 40% 가량 편중됨을 볼 수 있었다(김정희 외, 2015; 서동명, 민선화, 2010). 사회서비스에 대한 부모의 만족도는 2009년부터 장애아동 재활치료 사업이라는 명칭 하에 이루어졌으며(박병일, 2011), 그 결과 점차적으로 개선됨을 볼 수 있었다(김정희 외, 2015; 전귀옥 외, 2012). 그럼에도 불구하고 여전히 제공되는 전문 인력의 전문성 강화를 비롯한(김하정, 2014) 사설기관 확대와 같은 요구사항도 드러났다(전귀옥 외, 2012).

현재까지 이루어진 사회서비스 발달재활서비스 관련 연구들은 사회서비스 전자 바우처 도입 전의 경우 학위논문이 주를 이루었으나, 전자 바우처 도입 이후 장애아동 부모를 비롯한 일반인들의 높은 관심은 언어치료 실태 및 요구조사(김지현, 황삼심, 2013), 부모만족도(진현자, 2012)와 같은 학술 논문뿐만 아니라 다수 학위논문에서 주제로 활용된 것을 볼 수 있다. 이러한 다양한 연구수행 추세는 사회서비스 전자 바우처 제도 활성화에 따른 사회서비스에 대한 높은 사회적 관심으로도 볼 수 있다.

사회서비스 관련 치료지원 실태조사는 현행되고 있는 서비스의 문제점을 찾고자 하는 것이며, 이러한 결과로 더 나은 사회서비스 제공을 위한 사회서비스 관리와 평가에 대한 문제제기와 발전 방향, 평가모형 개발과 같은 연구들이 지속적으로 이루어지고 있다. 즉, 현행되는 사회서비스가

전자 바우처 지원방식으로 전환됨에 따라 비용 절감, 제공기관 간의 경쟁으로 서비스 질을 전망하였으나, 현실적으로는 서비스의 질을 악화시킨다는 연구들이 보고되고 있기 때문이다(전동일, 오현경, 2012; 강민희 외, 2011). 서비스 질을 향상시키기 위해서는 서비스 질을 지속적으로 평가하는 것이 중요함으로(Martin & Kettner, 2010), 교육부 주체의 치료지원 서비스 또한 더 나은 치료지원 서비스를 위해 치료지원 서비스의 궁극적 목적을 평가 요인으로 선정하여 평가를 시행하는 것이 특수교육이 당면한 과제이기도 하다.

3) 언어발달지원

2009년 사회서비스 전자 바우처 중 장애아동 가족지원을 위한 서비스인 발달재활서비스를 시작으로 2010년 언어발달 지원이 도입되었다. 이는 감각적 장애 부모의 자녀에게 필요한 언어발달지원서비스를 제공함으로써 아동의 건강한 성장지원 및 장애가족의 자체 역량을 강화를 목적으로 두고 있다(보건복지부, 2017). 따라서 발달재활서비스는 만 18세 미만의 장애아동을 대상으로 서비스가 제공되지만, 언어발달 지원은 부모 또는 조부모 중 한 쪽이 시각, 청각, 언어, 지적, 자폐성, 뇌병변 등록 장애인 가구의 만 12세 미만의 비장애 아동을 대상으로 하고 있다. 선정기준은 월평균소득 100% 이하로 최소 면제 및 최대 22만원으로 소득별 차등지원을 하고 있다. 언어발달서비스 내용은 언어발달진단서비스, 언어재활, 청능재활 등 언어재활서비스 및 독서지도, 수화지도를 포함하고 있다. 서비스 제공 방식은 인근에 제공기관이 없거나 도서·벽지 지역 거주 아동의 경우 재가 방문형 서비스 및 기관 방문형 서비스가 가능하다.

양기용(2015)에 따르면 언어발달 지원사업 대상자는 2011년 처음 시행된 해에 1,213명이 이용을 하였으나 2014년에는 368명에 불과하였다. 이는 발달재활서비스 이용자 수와 대조되는 상황으로 서비스 대상자의 특

성의 차이로 이용자가 감소하였다고 볼 수 있다. 위와 같은 현상에 따라 언어발달지원 관련 선행연구는 전자 바우처 형태의 언어발달지원만을 단독으로 다루는 연구는 드물며 일반적으로 발달재활서비스 또는 사회서비스 품질관련 연구에 포함되어 분석됨을 볼 수 있다.

4) 미국의 특수교육 관련서비스

미국의 특수교육법은 무상의 적합한 공교육, 비차별적 평가, 개별화교육 최소 제한적 환경, 절차상 보호 및 부모 참여와 같은 6가지 원리를 포함하여 전 세계 특수교육 정책의 토대를 제공하였다(Turbull & Turnbull, 2000; Underwood & Mead, 1995). 따라서 미국의 치료지원 서비스 실태를 살펴봄으로써 우리나라의 치료지원 서비스에 대한 발전 방향을 모색할 수 있을 것이다.

미국은 장애아동의 교육권을 보장하고 보호자 권리를 강화하기 위해 1975년 전장애아동교육법(Education for All Handicapped children Act: EHA)에서 2004년 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Act: IDEA)으로 제정하였다. IDEA는 특수교육대상자의 교육권을 보장하기 위한 취지로 일반교육과 더불어 관련서비스(related service)를 제공함으로써 특수교육대상자의 IEP(individual education plan) 목표를 달성하는데 노력을 하였다. 미국의 관련서비스는 언어치료, 청력 서비스, 번역, 심리치료, 물리·감각통합 치료, 치료활동 등을 포함하고 있으며, 우리나라와 같이 특수교육 관련서비스를 세분화하지는 않는다. 이와 같은 관련서비스는 우리나라의 특수교육 관련서비스 영역과 동일하게 드러났다. 서비스 비교 시 중요한 비교 요인은 서비스 대상자 선정 및 서비스 제공 방법으로, 우리나라의 치료지원 서비스 대상자는 특수교육 대상자들로 치료지원 서비스를 원하는 사람을 중심으로 진단평가가 이루어진다. 진단 평가를 통해 개별화교육계획에 치료지원관련 내용을 명시하고

치료지원 영역 및 방법을 협의하여 결정하게 된다. 미국의 경우 관련서비스는 개별화교육계획에 명시된 목표를 달성하기 위해 필요한 영역을 개별화교육계획 작성 시 명시한 특수교육 대상자에게 제공하게 된다. 위의 설명에 따르면 미국의 관련서비스와 우리나라의 치료지원 서비스는 개념적 차이를 보이고 있다. 즉, 우리나라는 치료지원 서비스를 특수교육 대상자들의 교육의 질을 높이기 위해 부가적으로 다양한 서비스를 제공한다는 일반적이면서 포괄적 의미를 가지고 있다. 반면, 미국의 관련서비스는 특수교육 대상자의 개별화교육목표를 중심으로 연계된 서비스를 제공하는 것이다. 다시 말해 개별화교육계획 활용의 선·후는 개별화교육계획에 대한 미국과 우리나라의 인식의 차이로 볼 수 있는 부분이기도 하다.

다음은 서비스 지원방법이다. 우리나라의 특수교육 대상자를 위한 치료지원 서비스 도입은 미국의 2004년 IDEA개정과 같이 특수교육계의 혁신적인 일로 기존의 교내에서 제공되었던 치료교육과는 상반된 지원방법을 활용하고 있다. 현재 우리나라의 치료지원 서비스는 교외에서 치료지원 역량을 가진 치료지원 제공자가 있는 곳에 한해 제공 받을 수 있다. 미국의 경우 주 법에 따라 다르지만, 캘리포니아의 경우 관련서비스 제공 장소를 교내로 한정하고 있다. 이와 같이 치료지원 서비스와 관련서비스 제공 방법에 따라 각각의 장단점이 드러난다. 서비스 제공 장소를 교내로 한정함에 따라 이동에 대한 부담이 없고 개별화교육계획 작성자인 특수교사와 관련서비스 제공자와의 원활한 소통으로 아동의 발전과정을 추적할 수 있는 장점이 있으나, 치료지원 서비스와 같이 서비스 제공 이후 부모상담은 포함하고 있지는 않다. 우리나라의 치료지원 서비스는 지원제공 기관 선정에 자율성을 보장하고 있으나 학교의 개별화교육계획의 연계성 및 학교 교사와 치료서비스 제공 교사와의 소통의 한계로 아동의 개별화교육목표 과정을 논하는 데는 한계가 있다. 이러한 외부 치료지원 제공기관 이용으로 인한 문제점을 해소하기 위해 교육환경이라는 명칭 하에 교내 중심 치료지원의 필요성을 시사한 연구들도 있다

(표윤희, 2013). 반면 Naomi(2003)는 특수교육 서비스 관련 메타 연구에서 변인을 교수 전략으로 보는 연구는 많이 이루어졌으나, 장소 관련 연구가 이루어지지 않음에 따라 환경적 요소가 특수교육 대상자들에게 의미를 부여하지 않거나, 의미가 없거나, 혹은 한 장소에서만 이루어졌을 것이라는 가정을 하였다.

우리나라는 치료지원 서비스 도입으로 관련 연구들이 활발하게 이루어지고 있는 반면, 미국의 관련서비스 연구는 매우 한정적으로 이루어지고 있다(Naomi, 2003). 이는 법제도의 변화로 일어나는 연구의 동향으로 미국의 관련서비스의 법의 변화에 따라 연구의 방향 또한 다양하게 나타날 것으로 예상된다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 관련주체가 인식하는 치료지원의 효과를 탐색함으로써 치료지원의 효과를 개념적으로 정립하는데 주목적을 두고 있다. 이에 본 연구에서는 치료지원을 제공하는 기관 즉, 장애인복지관, 병원, 사설 치료기관 중 교육부에서 제공하는 치료지원 서비스의 수요가 가장 높은 사설 치료기관(교육부, 2017)의 구성원을 중심으로 관련주체를 설정하였다. 따라서 본 연구의 관련주체를 기관 운영자, 교사, 치료대상자 부모로 설정하고, 각 주체 개개인의 현장 경험을 토대로 그들이 인지하고 있는 치료지원 효과에 대한 인식을 자유롭게 끌어내고 이를 양적분석을 통해 구체적인 치료지원 효과에 대한 개념을 파악하기 위해 Trochim(1985)의 개념도 연구방법(Concept Mapping Methods)을 활용하였다.

개념도 방법은 어떤 대상 또는 현상에 대해 개개인이 가지고 있는 인지적 구조를 그림이나 지도로 나타내는 모든 방법을 일컫는다(Nosofski, 1992). 마인드 매핑(mind mapping), 아이디어 매핑(idea mapping), 인지적 매핑(cognitive mapping), 인과관계 매핑(causal mapping)과 같은 유사 방법론이 있으나, 이들의 특색은 개인을 중심으로 그들이 사용하고자 고안된 방법으로 개인의 창의적 사고를 증진시키거나 사고를 조직화 하는 도구로 활용된다(Trochim & Kane, 2005). 반면에, Trochim(1985)에 의해 개발된 개념도 연구방법은 유사 방법론과는 달리 이해관계자들로 구성된 집단을 통해 귀납적으로 구조화된 개념을 양적으로 분석하는 방법으로, 개념적 구조를 시각적으로 제공함으로써 개념을 이해하는데 도움을 주는 장점이 있다(Kane & Trochim, 2007). 이에 치료지원의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료대상자 부모가 인식하는 효과를 파악함으로써 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하여 치료지원에 대한 실질적 이해를 도울 수 있을 것이다.

본 연구에서는 Trochim(1985)이 제시한 준비단계, 아이디어 산출, 진술문 구조화, 개념도 분석, 개념도 해석, 개념도 활용하기 총 6단계로 구성된 개념도 전체과정을 본 연구에 맞게 총 5단계로 수정·보완하여 활용하였다.

1. 연구 참여자

총 5단계로 재구성된 본 연구 단계 중 준비단계, 아이디어 산출단계, 진술문 구조화 단계, 개념도 분석단계에서는 각 단계별 연구 참여자의 역할을 다양하게 요구하고 있다.

1) 인터뷰 질문 개발 참여자

인터뷰 질문 개발에는 총 4인의 특수교육 전문가가 참여하였다. 총 4인의 전문가는 남자 1인, 여자 3인으로 구성되었다. 남자 1인은 특수교육학 박사학위 소지자이며 여자 3인은 박사수료생이다. 이들 모두 양적, 질적 연구를 수행한 경험이 있으며, 이 중 전문가 2인은 본 연구 방법과 동일한 개념도 방법연구 수행 경험을 가지고 있으며, 전문가 4인 모두 질적 연구 수행 경험을 가지고 있다. 전문가 4인의 특수교육경력은 평균 9.75년으로 나타났다.

인터뷰 질문 개발 참여자와 연구자는 사전에 각 인터뷰 집단에 따른 각각 다른 초점질문을 검토 평가한 후, 적절성과 타당성을 검토하여 현장에서 이해하기 쉬운 형태로 대안들을 제시하였다.

인터뷰 질문 개발 참여자 집단의 특성을 표로 제시하면 다음과 같다.

<표 III-1> 인터뷰 질문 개발 전문가 집단 특성

	전문가 1	전문가 2	전문가 3	전문가 4
학력	박사학위	박사수료	박사수료	박사수료
전공영역	특수교육	특수교육	특수교육	특수교육
특수교육경력	25년	10년	2년	2년
질적 연구 경험 유무	유	유	유	유

2) 인터뷰 참여자

개념도 방법은 인터뷰 참여자들로부터 도출된 내용을 중심으로 이루어지는 연구방법으로, 인터뷰 참여자들로부터 풍부한 내용을 얻는 것이 핵심이다. 따라서 풍부한 인터뷰 내용과 인터뷰 대상자의 동질성을 높이기 위해, 다음과 같은 인터뷰 대상자 선정 절차를 따랐다.

2017년 특수교육연차보고서에 따르면, 전국 특수교육대상자의 수는 89,353명으로 그중 경기지역이 20,151명으로 가장 많고 그 다음으로 서울지역이 12,084명으로 나타났다. 특수교육대상자 중 치료지원 서비스 이용자는 서울지역이 8,830명으로 총 특수교육대상자 중 73%가 치료지원 서비스를 받고 있으며, 경기지역은 치료지원 서비스 이용자가 2,742명으로 23%가 치료지원 서비스를 받고 있다. 따라서 치료지원 서비스를 가장 많이 이용하는 지역이 서울지역으로 드러났으며, 서울지역의 치료지원 제공기관 분포도가 타지역에 비해 가장 높은 것으로 나타남에 따라(김정희, 김경란, 강정배, 2015; 서동명, 민선화, 2010) 인터뷰 참여자 선정에 있어 서울지역으로 한정하였다.

치료지원 제공 기관의 유형은 복지관, 사설 치료실, 병원 등으로 다양하게 나타났으나, 치료지원 대상자들이 주로 이용하는 기관 유형 및 치료지원 제공 기관의 수를 살펴봤을 때 사설 치료실의 수가 가장 높게 나

타났다(조재규, 2010).

따라서 치료지원 효과에 대한 아이디어 진술 인터뷰 참여자 선정 조건으로 서울지역 사설 치료기관으로 설정하였다. 사설 치료기관의 관련주체는 사설 치료기관을 운영하는 기관 운영자, 사설 치료기관에서 치료를 지원하는 교사, 그리고 사설 치료기관 이용 대상자의 부모로 선정하였다.

기관 운영자와 교사의 경우 각각 최소 5년 이상 관련 기관 운영 및 치료경력을 가진 주체를 우선적으로 선정하였다. 기관 운영 및 교사의 오래된 경력은 치료지원 현장에 대한 충분한 이해로 풍부한 이야기를 도출해 낼 수 있기 때문이다. 그러나 치료기관 이용 대상자 부모의 경우 치료대상자의 연령이 다양하게 나타남에 따라 최소 1년을 기준으로 선정하였다.

인터뷰 대상자의 이상적인 수는 10~20명으로(Trochim, 1989), 본 연구에서는 관련주체가 세 집단임을 고려하여 집단별 각 5명씩, 총 15명을 인터뷰 대상으로 선정하였다. 관련주체별 주요 인구학적 특성을 살펴보면 다음과 같다.

기관 운영자의 경우 치료지원 기관 운영기간이 최소 4에서 최대 16년으로 평균 11년의 운영경력을 가지고 있었다. 교사의 주요 인구학적 특성으로 치료경력을 살펴보면 최소 4년에서 최대 13년으로 평균 10년의 경력을 가지고 있으며, 치료영역은 인지, 언어, 놀이, 감각통합으로 고루 분포되어 있었다. 부모의 주요 인구학적 특성으로는 치료지원 기관 이용기간이 최소 4년에서 최대 6년으로 평균 5년의 이용 경험을 가지고 있었다. 치료경험 영역으로는 대부분이 모든 치료영역(언어, 인지학습, 놀이, 감각통합, 특수체육, 미술치료)을 경험한 것으로 드러났다. 본 연구의 참여자로 드러나지는 않으나 부모의 치료지원 기관 경험에 영향을 미치는 요인인 치료대상자의 특성은 다음과 같다. 치료대상 아동의 연령은 만 7~10세로 평균 8세로 나타났으며, 장애 진단명은 4명이 자폐성장애, 1명이 지적장애로 나타났다. 인터뷰 참여 관련주체의 인구학적 특성은 <표 III-2>와 같다.

<표 III-2> 인터뷰 참여 인구학적 특성

n(%)

	기관 운영자	교사	부모	전체
성별				
남	2(40.0)			2(13.3)
여	3(60.0)	5(100.0)	5(100.0)	13(86.7)
연령				
20대		1(20.0)		1(6.7)
30대	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	5(33.3)
40대	3(60.0)	2(40.0)	4(80.0)	9(60.0)
학력				
고등학교 졸업				
대학교 졸업	1(20.0)		4(80.0)	
석사 졸업	4(80.0)	5(100.0)	1(20.0)	
박사 졸업				
치료기관 경험				
	(운영경력)	(치료경력)	(이용기간)	
1~3년				
4~6년	2(40.0)	1(20.0)	5(100.0)	8(53.3)
7~9년				
10년 이상	3(60.0)	4(80.0)		7(46.7)
치료 영역				
	(전공영역)	(치료영역)	(치료영역) 복수가능	
언어	2(40.0)	1(20.0)	5	
인지학습	1(20.0)	1(20.0)	5	
놀이		1(20.0)	5	
감각통합		2(40.0)	5	
특수체육	1(20.0)		5	
미술치료	1(20.0)		4	
장애 영역				
			(장애진단)	
자폐성장애			4	
지적장애			1	
계	5(100.0)	5(100.0)	5(100.0)	15(100.0)

3) 진술문 구조화 및 피드백 과정 참여자

마지막 진술문을 도출해 내기 위해 진술문 구조화 단계와 피드백 과정 단계를 실시하게 된다. 각 단계의 참여자는 진술문 타당도를 제고하는 역할로 각 단계의 참여자들은 다른 참여자로 구성되었다. 인터뷰 참여자로부터 얻은 진술문들의 구조화 단계는 진술문을 통합하고 모호한 개념을 구분하고 확인하는 단계로, 참여자는 본 연구자와 더불어 인터뷰 질문 개발에 참여한 전문가 집단 중 2인으로 구성되었다. 두 번째 단계는 종합된 진술문 내용을 검토하는 피드백 과정으로 인터뷰 질문 개발에 참여한 전문가 집단 중 진술문 구조화 단계에 참여하지 않은 1인과 인터뷰 참여자 3인(기관 운영자 1인, 교사 1인, 부모 1인)으로 구성하였다. 이들은 진술문 내용의 적합성과 표현의 명료성을 검토하고 수정할 부분이 있는 경우 대안을 제시하였다.

4) 진술문 목록 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자

진술문 목록 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자는 진술문 주제에 대한 이해를 가지고 있는 사람으로 선정을 하게 된다(Trochim, 1989). 따라서 본 연구의 진술문 목록 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자로 치료 지원에 대한 이해가 있는 관련주체 집단별 각각 모집하였다. 인터뷰 참여자 15명을 비롯한 각 집단별 5~11명씩이 추가로 모집하여, 총 41명이 유사성 분류 및 중요도 평정에 참여하였다. 각 집단별 주요 인구학적 특성을 살펴보면 다음과 같다.

기관 운영자 집단의 치료지원 기관 운영기간은 평균 9.1년으로 나타났으며, 기관 운영자의 전공영역은 특수교육, 언어, 특수체육 등 다양하게 나타났다. 교사 집단의 치료경력은 평균 8.4년으로 나타났으며, 치료 영역은 언어치료가 33.3%로 가장 많았으며, 그 다음으로 놀이치료와 특수체육이 각각 20%, 감각통합과 인지학습치료가 13.3% 순으로 나타났다.

부모 집단의 치료지원 기관 이용기간은 평균 4.81년으로 나타났으며, 치료경험 영역으로는 대부분이 모든 치료영역(언어, 인지학습, 놀이, 감각통합, 특수체육, 미술치료)을 경험한 것으로 드러났다.

본 연구의 참여자로 드러나지는 않으나 부모의 치료지원 기관 경험에 영향을 미치는 요인인 치료대상자의 특성은 다음과 같다. 치료대상 아동의 성별은 남자가 93.7%, 여자가 6.3%였으며, 연령은 만 7~10세로 평균 7세로 나타났다. 아동의 특성을 살펴보면 자폐성장애 아동이 62.5%로 가장 많았으며, 그 다음으로 진단받지 않은 아동이 18.7%, 지적장애 12.5%, 뇌병변 6.3%로 나타났다.

<표 III-3>은 진술문 목록 유사성 분류 및 중요도 평정에 참여한 관련주체의 인구학적 특성이다.

<표 III-3> 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자의 인구학적 특성 n(%)

	기관 운영자	교사	부모	전체
성별				
남	5(50.0)	4(26.7)		9(22.0)
여	5(50.0)	11(73.3)	16(100.0)	32(78.0)
연령				
20대		2(13.3)		2(4.9)
30대	6(60.0)	9(60.0)	8(50.0)	23(56.1)
40대	4(40.0)	4(26.7)	8(50.0)	16(39.0)
50대				
학력				
고등학교 졸업				
대학교 졸업	1(10.0)	4(26.7)	13(81)	
석사 졸업	7(70.0)	11(73.3)	3(19)	
박사 졸업	2(20.0)			
치료기관 경험	(운영경력)	(치료경력)	(이용기간)	
1~3년	1(10.0)	1(6.7)	3(18.7)	5(12.2)
4~6년	4(40.0)	3(20.0)	12(75.0)	19(46.3)
7~9년	1(10.0)	3(20.0)		4(9.8)
10년 이상	4(40.0)	8(53.3)	1(6.3)	13(31.7)
치료 영역	(전공영역)	(치료영역)	(치료영역) 복수가능	
언어	4(40.0)	5(33.3)	15	
인지학습	1(10.0)	2(13.3)	13	
놀이		3(20.0)	16	
감각통합		2(13.3)	13	
특수체육	4(40.0)	3(20.0)	13	
미술치료	1(10.0)		10	
장애 영역			(장애진단)	
자폐성장애			10(62.5)	
지적장애			2(12.5)	
뇌병변			1(6.3)	
진단없음			3(18.7)	
계	10(100.0)	15(100.0)	16(100.0)	41(100.0)

2. 연구 절차

본 연구는 관련주체가 인식하는 치료지원의 효과를 탐색하기 위해 그 요소와 유형을 확인하고자 Trochim(1985)이 제시한 총 6단계로 구성된 개념도 준비단계, 아이디어 산출, 진술문 구조화, 개념도 분석, 개념도 해석, 개념도 활용하기를 본 연구에 맞게 5단계로 수정·보완하여 연구를 수행하였다.

1) 준비단계

첫 번째 준비단계에서는 관련주체가 인식하는 치료지원의 효과를 탐색하기 위하여 인터뷰 질문 개발자 4인이 인터뷰 대상자들이 연구 주제에 적절한 응답을 할 수 있도록 질문을 개발하였다. 치료지원 효과에 대한 적절한 개념을 도출하기 위해서는 연구 준비단계 부터 매우 정교화된 작업이 필요하다(Kane & Trochim, 2007). 본 연구에서 논하는 효과는 개인이 인지하고 있는 치료지원의 주관적 인식보다는 치료에 대한 일반적 인식을 도출해내기 위해 개념도 방법이 활용된 은혜경(2010), 민경화, 최윤정(2007), 왕은자(2009)의 연구의 초점질문 기준을 참고하여 본 연구에 맞게 수정·보완하였다. 본 연구의 초점질문 기준은 다음과 같다. 첫째, 관련주체가 인식하는 치료지원에 대한 의견을 끌어낼 수 있는 정도, 둘째, 치료지원 효과에 대해 자유롭게 이야기할 수 있는 정도, 셋째, 학력과 무관하게 쉽게 이해할 수 있는 수준의 정도이다. 이러한 기준을 바탕으로 초점질문 예시 안을 만든 후, 예비연구 참여자 2인과의 인터뷰를 통해 정확한 의미 전달이 되지 않는 초점질문은 수정하거나 보충질문을 추가하였다. 최종으로 선정된 최종 초점질문은 현상학적으로 접근할 수 있는 질문들이 선정되었다. 최종 초점질문과 더불어 개발된 길라잡이 질문은 인터뷰 대상자가 치료지원 효과와 관련하여 자유롭게 표현할 수 있

도록, 서두만을 제시하였다. 이를 바탕으로 인터뷰 대상자들에 대한 사전 안내문과 참고자료를 제작하였다. 아래 [그림 III-1]은 초점 질문 개발 과정을 포함하고 있다.

초점질문 예시(안):

- ① 치료지원의 효과는 무엇일까요?
- ② 치료지원의 효과는 어떻게 나타나나요?
- ③ 치료지원의 효과는 누구에게 나타나나요?
- ④ 치료지원의 효과가 있다면 아동에게 어떤 변화가 나타나나요?



최종 초점질문:

“당신은 무엇을 보면 치료지원이 효과가 있다고 생각하나요?”

길라잡이 질문:

치료지원을 받으면...

치료지원을 받기 전에는...

치료지원을 중단하게 되면...

[그림 III-1] 초점 질문 개발 과정

초점 질문이 개발 후 인터뷰 참여자 선정 기준을 마련하였다(연구 참여자 참고). 이후 본 연구는 연구 설계 후 서울대학교 생명윤리심의위원회의 연구윤리 승인을 받았다(SNUIRB No. 1701/003-017). 연구윤리 승인을 기반으로 인터뷰 참여자 및 유사성 분류 및 중요도 평정 참여자를 다양한 방법으로 모집하였다. 기관 운영자를 모집하기 위해 서울시 각 구 특수교육지원청 홈페이지에 공지된 치료지원 제공기관에 개별적으로 연락하여 모집하였다. 교사의 경우 교사들이 많이 이용하는 N 포탈 사이트 카페에 공고하였으며, 부모의 경우 부모들이 많이 이용하는 N 포탈 사이트 카페에 공고하여 모집하였다.

2) 인터뷰 실시단계

개념도의 아이디어 산출은 문헌연구, 설문, 관찰, 인터뷰와 같은 다양한 방법으로도 가능하다(Trochim, 1985). 탐색 단계에 있는 개념이나 문제 영역을 참여자들의 경험을 바탕으로 풍부한 내용을 얻기 위해 본 연구의 아이디어 산출은 인터뷰를 통해 수집되었다.

인터뷰는 인터뷰 대상자와 인터뷰어의 신뢰롭고 개방적인 분위기에서 인터뷰가 원활히 이루어진다(Polkinghome, 2005; Seidman, 2009). Patton(1989)은 인터뷰 시 배경정보 준비로 응답자가 쉽게 개인 정보를 드러낼 수 있도록 하고 이후에 관련 주제 내용으로 전이하여 인터뷰에 집중할 수 있도록 하는 것이 효과적이라고 하였다.

인터뷰의 중요성과 방법들을 고려하여 연구자는 인터뷰를 실시하였다. 우선 인터뷰에 앞서 인터뷰 대상에게 연구에 대한 충분한 이해를 돕기 위해 연구 목적과 필요성 및 연구 참여 방법에 대해 충분히 설명 후, 연구 참여 의사에 따라 동의할 경우 동의서에 서명을 받고 인터뷰를 실시하였다. 동의서는 서울대학교 생명윤리위원회에서 요구하는 연구윤리과정에 대한 설명과 더불어 연구 참여자용 설명서 및 동의서로 구성되었다.

모든 인터뷰는 연구자가 직접 실시하였으며 장소는 연구 참여자가 편안하게 이야기 할 수 있고 인터뷰 내용을 녹취할 수 있는 장소로 선정하여 비구조화된 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰는 최소 50분에서 70분이 걸렸으며, 평균적으로 60분 정도 소요되었다.

인터뷰 내용은 더 이상 새로운 개념이 나오지 않는 포화지점까지 진행을 하는 것으로, 실제 인터뷰를 진행하면서 연구자는 각 관련주체별 3~4번째 인터뷰부터 더 이상 새로운 개념이 도출되지 않음을 확인하였다.

인터뷰 대상자인 기관 운영자 5명, 교사 5명, 치료대상자 부모 5명 총 15명의 관련주체의 치료지원 효과에 대한 심층 인터뷰 내용은 연구자에 의해 전사되었다.

3) 진술문 구조화단계

개념도 방법에서는 여러 이해관계자가 집단이 참여 할 경우 연구 주제와 목적에 따라 단일 진술문 또는 집단별 진술문 목록을 작성하게 된다(Michalski, 1999). 각 이해관계자에 따른 집단별 진술문은 집단의 고유한 관점을 포착할 수 있으며, 단일 진술문의 경우 단일 진술문을 각 이해관계자의 인식에 따른 차이로 탐색할 수 있다(왕은자, 2009). 본 연구에서는 관련주체 간의 인식을 비교하기 위하여 단일 진술문 목록을 제작하였다.

진술문 구조화단계는 산출된 아이디어 진술문 축어록을 바탕으로 진술문 구조화 참여자 2인이 Kane & Trochim(2007)이 제시한 질적 내용분석 절차를 거쳐 치료지원 효과에 대한 진술문의 핵심어를 추출하고, 유사 핵심어를 모아 적절성을 평가하는 작업을 일차적으로 하였다.

인터뷰 참여자들을 통해 도출해 낸 아이디어 진술문은 중복되는 부분과 다양한 용어를 활용함으로써 핵심어 분석방법이 활용되었다. 일차 작업이 이루어진 후 진술문 내용의 적합성과 표현의 명료성을 피드백 참여자 특수교육 전공 박사학위 소지자 1인 및 인터뷰 참여자 3인(기관 운영

자 1인, 교사 1인, 부모 1인)을 통해 검토하고 수정할 부분이 있는 경우 대안을 제시하도록 함으로써 최종 진술문을 선정하였다.

4) 개념도 분석단계

개념도 분석단계는 치료지원 효과에 대한 최종 진술문에 대해 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료대상자 부모 각 집단별 10~16명으로 총 41명이 유사성에 따른 분류와 각 진술문에 대한 중요도에 대해 평정하였다. 유사성은 진술문 중 비슷한 개념이 포함되는 것을 함께 분류하는 작업으로 최소 2개 이상의 진술문이 하나로 분류될 수 있으며, 모든 진술문이 하나의 분류로 포함되어서는 않된다(Trochim, 1985). 또한 진술은 모두 한번 씩만 분류되어야 한다. 중요도는 진술문 각각의 내용에 대해 5점 리커트 척도로 제시하였다. 진술문에 대한 평정 방법은 온라인과 오프라인 상의 두 가지 방법이 활용되었다. 오프라인 평정은 유사성 분류를 위해 진술문들이 담긴 9cm × 3cm 크기의 42개 진술문 카드와 중요도 평정을 위한 진술문 평정 문서를 준비해 연구자가 직접 참여자를 방문하여 실시하였다. 오프라인 평정이 불가피할 경우 온라인상 평정으로 대체하였다. 온라인상 평정은 평정방법 설명이 포함된 이메일을 발송하여 평정 문서에 직접 작성하여 제출하는 식으로 진행하였다. 온라인의 경우에도 유사성 분류를 위해서 해당 진술문 문서를 인쇄하고 직접 진술문을 잘라서 카드 형태로 준비 후, 분류하도록 권장하였다. 유사성 분류는 개념을 조직화하는 과정으로 매체 활용보다는 고전방식이 더욱 효과적이기 때문이다(Trochim, 2017).

평정 참여자들의 평정 자료를 통계적 분석하기 위해 42개의 유사성 분류 자료를 유사성 행렬표(similarity matrix)로 작성하였다. 유사성 행렬표는 관련주체 별 파일을 합산하여 기관 운영자, 교사, 부모 각 집단 유사성 행렬표(GSM: group similarity matrix)와 전체 집단의 유사성 행렬표로 제작하였다.

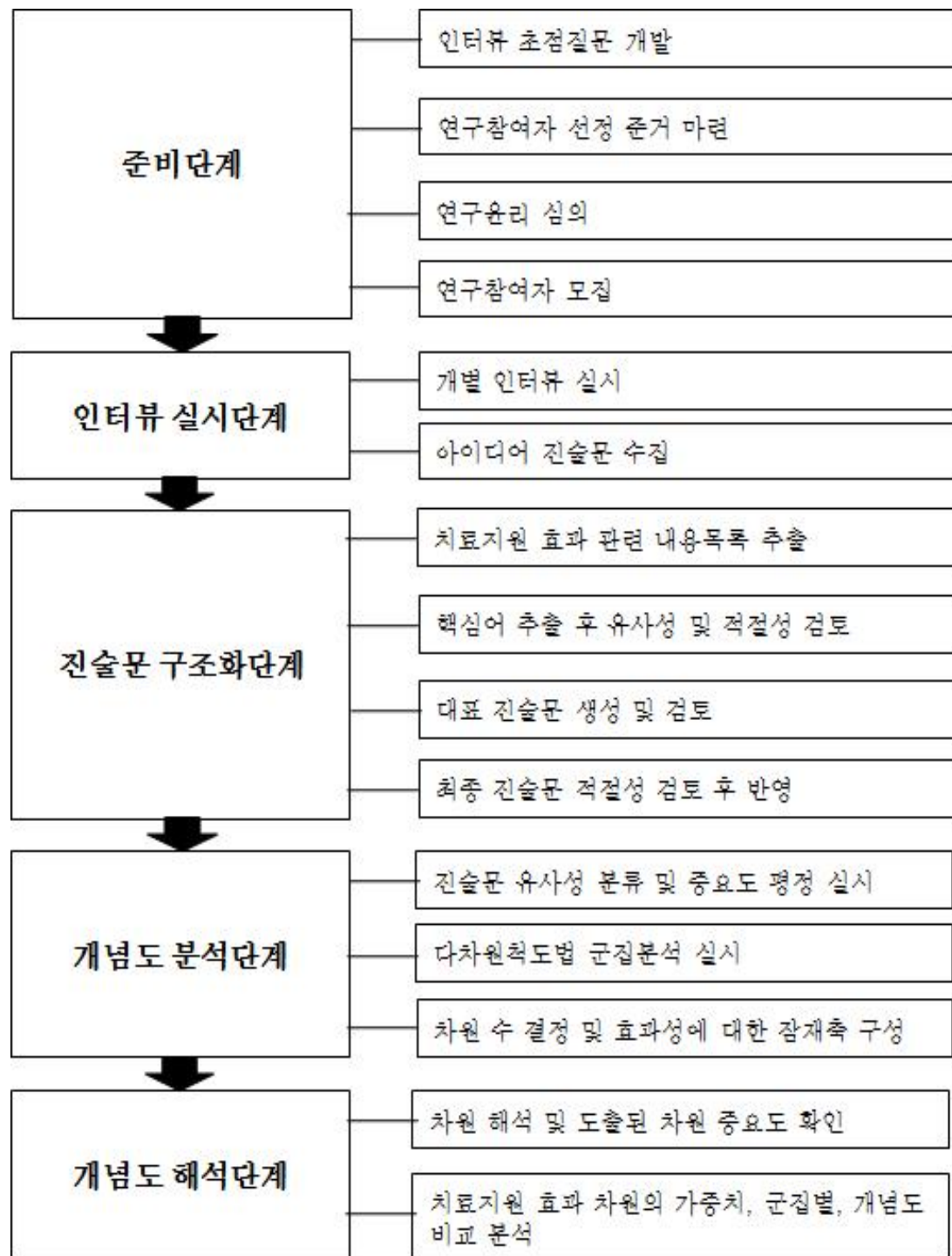
제작된 유사성 행렬표는 다차원 분석을 위해 SPSS 23.0을 통해 비유사성 행렬표로 변환 후, 다차원척도 분석 중 ALSCAL 분석을 실시하였다.

5) 개념도 해석단계

다차원척도 분석 결과를 바탕으로 적절한 차원의 수와 의미를 분석하였다. 다차원척도 분석은 대상과 대상 간의 거리를 성질과 차원을 갖는 공간에 적용시켜 다차원 공간에 배치하는 것이다(이지은, 2014). 따라서 다차원 공간에서 보여주는 결과 중 유사성이 클수록 대상간의 거리가 가깝게 나타나며 유사성이 작을수록 대상간의 거리가 멀게 나타난다. 다차원척도는 데이터 내의 패턴과 구조를 공간에 나타냄으로써 시각적 이해를 돕는다(엄동란, 2007).

따라서 본 연구에서는 다차원척도 분석에서 도출된 차원상의 좌표값과 원자료 값을 활용하여 위계적 군집분석(Ward 방법)을 실시하여 개념도를 그린 후, 군집의 적절성과 하위 군집을 확인 후 최종 군집의 수를 결정하고 그에 따른 군집을 명명화 하였다.

[그림 III-2]는 본 연구 목적에 맞춰 개념도 방법을 수정 보완한 연구절차를 도표로 제시한 것이다.



[그림 III-2] 연구 절차

IV. 연구 결과

1. 치료지원 효과 개념의 특성

치료지원 효과에 대한 개념은 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모 세 집단을 통해 수집되었다. 수집된 진술문은 기관 운영자 91개, 교사 59개, 부모 98개로 총 248개였다. 수집된 진술문을 연구자가 1차적으로 핵심어를 중심으로 분류하였다. 이후 진술문 구조화 팀의 논의 후 1차 진술문 목록 65개를 생성 후, 특수교육 전문가 2인과 인터뷰 참여자 3인의 피드백을 받은 후, 진술문 구조화 팀의 재논의 과정을 통해 최종적으로 치료지원 효과에 대한 42개의 진술문이 선정되었다. 진술문 선정 시, 인터뷰 참여자들의 견해가 포괄적으로 포함되도록 하였으며 질적 연구의 특성을 고려하여 생생한 내용부분을 최대한 살리는 방식으로 아이디어 진술문을 결정하였다. 관련주체들의 고유한 특성으로 인터뷰 참여자 별 각 진술문과 빈도는 다양하게 나타났다. 진술문의 유형은 세 집단 모두 포함한 진술문, 부모와 기관 운영자의 진술문, 기관 운영자와 교사의 진술문으로 나타났다. <표 IV-1>은 각 인터뷰 참여자에 따른 진술문과 그 빈도를 나타낸 것이다.

<표 IV-1> 인터뷰 참여자별 포함 진술문(일부)

최종 진술문	빈도 수			
	전체	기관 운영자	교사	부모
부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.	20	6	5	9

아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.	19	4		15
부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.	17	7	6	4
아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.	11	5		6
아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술 등)으로 해소된다.	8	3	2	3
아동의 감각기능이 발달된다.	7	2	1	4
치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.	7	3	4	
부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.	7		1	6
일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.	6	2	4	
일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는 거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.	4	1	2	1

다음 <표 IV-2>는 관련주체가 인식하는 치료지원 효과 최종 진술문 목록이다.

<표 IV-2> 관련주체가 인식하는 치료지원 효과 최종 진술문 목록

번호	진술문 내용
1	다른 치료수업에 효과를 본 부모 요구에 따라 새로운 프로그램들(융합수업, 캠프등)이 개발된다.
2	아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.
3	부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.
4	부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.

5	부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.
6	부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.
7	부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.
8	부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.
9	부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.
10	부모는 아동이 치료를 받는 곳에서 아동 참여가능 프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다.
11	부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.
12	아동은 감각기능이 발달된다.
13	아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.
14	아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.
15	아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.
16	아동은 새로운 환경(교실 이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.
17	아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.
18	아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.
19	아동은 일상생활에서 지시 따르기(차례,기본동작등)를 할 수 있다.
20	아동은 자존감이 높아진다.
21	아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.
22	아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.
23	아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.

24	아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.
25	아동은 밤에 잠을 잘 자게 된다.
26	아동은 사물 인지능력이 향상된다.
27	아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.
28	아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.
29	아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음 단계의 수업을 받게 된다.
30	아동이 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.
31	아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.
32	아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.
33	인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.
34	일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.
35	일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.
36	증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.
37	치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.
38	치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.
39	치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다.
40	치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.
41	치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 얘기를 나눔으로써 마음이 편해진다.
42	치료 중 아동의 억눌리고 풀지 못한 심리적 문제들이 드러나게 된다.

2. 치료지원 효과에 대한 관련주체 전체의 인식

1) 치료지원 효과 개념의 차원

관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모가 치료지원의 효과를 인식하는 차원을 확인하기 위해 기관 운영자 9명, 교사 15명, 부모 16명을 대상으로 치료지원의 효과에 대한 진술문으로 유사성 평정을 실시하였다. 유사성 평정 참여자들은 42개의 진술문을 유사한 의미로 인식되는 진술문들끼리 분류하였다. 40명의 유사성 평정 자료를 바탕으로 관련주체 전체 집단과 각 주체 집단별로 유사성 행렬표 작성 후 비유사성 행렬표로 변환하여 다차원척도 분석을 실시하였다.

가. 차원의 수

다차원척도 분석은 원자료를 최대한 반영하여 단순한 공간에서 시각화하는 것으로(박광배, 2000;재인용), 다차원척도 분석에서 차원의 수를 결정하기 위해 합치도, 해석가능성, 효율성의 세 가지 기준을 고려하여 결정하게 된다(최한나, 2008).

합치도란 각 개인이 평정한 유사성 자료가 결과로 도출된 공간 도면 사이의 거리와 일치하는 정도를 나타내는 것으로 이 차이는 스트레스(stress)값으로 표현된다. 스트레스 값은 불일치 정도를 보는 것으로(노형진, 정한열, 2006), 스트레스 값이 낮을 수록 합치도가 높다는 것을 의미한다. 하지만 자료에서 동점이나 결측치가 많을수록 스트레스 값이 감소하게 되며 자극의 수가 많을수록 스트레스 값이 높아지는 점 또한 고려되어야 한다(박광배, 2000). Giguere(2006)에 따르면 합치도 지수가 0.20이상인 경우는 부적절하며, 0.10~0.20은 양호, 0.05~0.10은 좋음, 0.05미만의 경우 이상적이라고 보고하고 있다. Trochim(1993)과

Bedi(2006) 또한 다차원척도에서 안정적인 합치도 지수는 .15이하일 때가 양호한 적합도로 보고하였다. 그러나 개념도 메타연구에 따르면 평균 스트레스 값 .285로 보고되고 있으며, 일반적으로 스트레스 값 .205~.365 범위로 개념도 방법에서 적용될 수 있는 적절한 범위로 제시되고 있다 (Trochim, 1993). 해석가능성은 차원에 따라 실제 자극들의 속성에 근거하여 해석가능 여부를 의미하며, 효율성은 해석가능성과 합치도를 고려하여 결정하는 것이 바람직함을 나타낸다(고은영, 2011; 이윤희, 2015). 따라서 차원의 수가 많아짐에 따라 설명량은 증가하지만 해석가능성 및 효율성 또한 떨어짐으로 차원의 수를 결정하는데 고려되어야 한다(이지은, 2013).

본 연구에서는 차원의 수를 결정하기 위해 관련주체 전체 집단의 유사성 평정 자료를 바탕으로 다차원척도 분석을 실시하였다. 차원의 수에 따른 합치도, 설명량, 설명량 증가분을 살펴보면 <표 IV-3>과 같다.

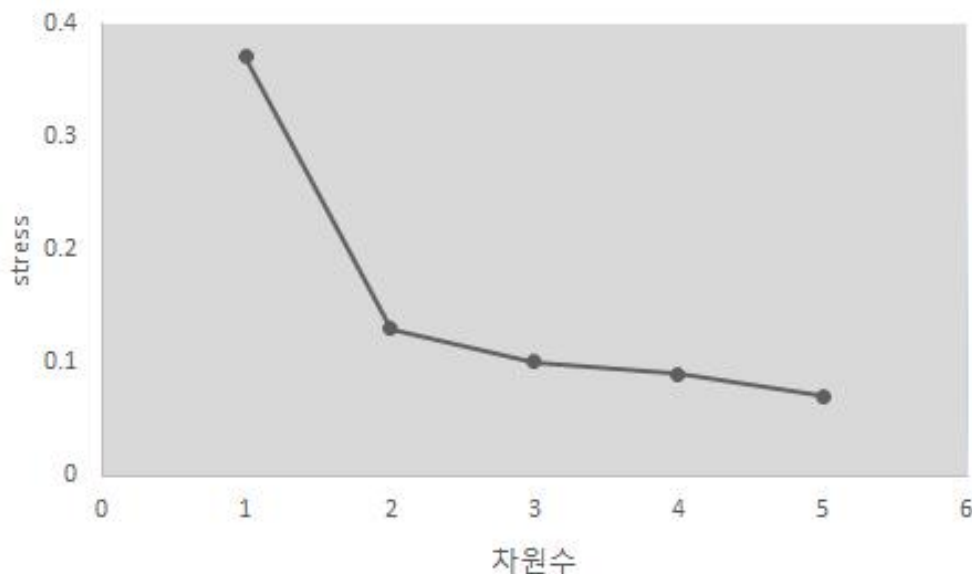
<표 IV-3> 차원별 합치도 및 설명량

차원의 수	합치도(stress)	설명량(R ²)	설명량 증가
1	.37	.68	
2	.13	.94	.26
3	.10	.95	.01
4	.09	.96	.01
5	.07	.97	.01

본 연구의 다차원척도 분석 결과에 의하면, 2차원까지 추출되었을 때 합치도는 .13(R²=.94), 3차원까지 추출되었을 때 합치도는 .10(R²=.95), 4차원까지 추출되었을 때 합치도는 .09(R²=.96), 5차원까지 추출되었을 때 합치도는 .07(R²=.97)로 나타났다.

차원의 수를 결정하는데 스트레스 값을 이용하기 위해 스트레스 플롯

(stress plot)을 활용하였다. 차원의 수가 증가할수록 스트레스 값은 감소하지만 해석가능성과 단순성 쪽 또한 낮아짐으로, 스트레스 플롯이 처음 크게 꺾이는 지점(elbow)의 차원의 수를 선택하는 것을 제안하였다(Kruskal, 1964; 박광배, 2000). [그림 IV-1]의 차원에 따른 스트레스 플롯(stress plot)을 살펴보면 2차원에서 합치도 값이 급격히 감소하였고, 3차원 이상에서는 합치도가 완만한 경사를 이루며 감소되는 것으로 나타났다. 위에 제시된 사항들을 고려하여 본 연구에서는 2개의 차원이 적절한 것으로 판단되었다.

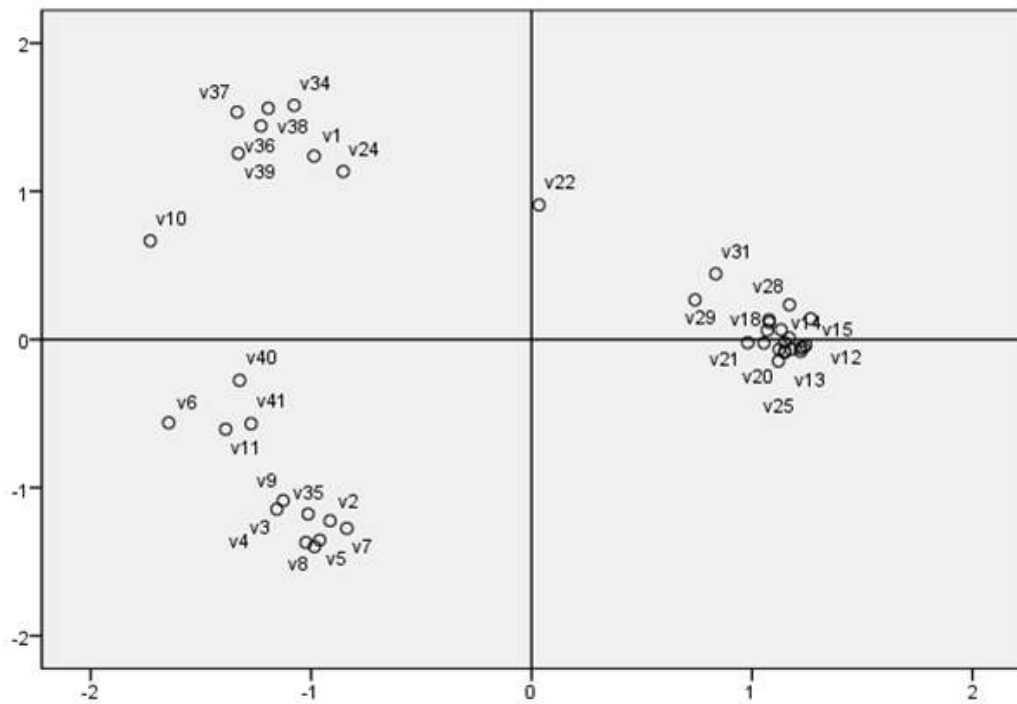


[그림 IV-1] 차원에 따른 스트레스 플롯(stress plot)

관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모 각각의 스트레스 플롯은 [부록 1], [부록 2], [부록 3]에 제시하였다. 각 집단 모두 적절한 차원의 수는 2개로 나타났으며, 2차원일 때의 합치도는 기관 운영자 .18($R^2=.87$), 교사 .25($R^2=.76$), 부모 .21($R^2=.82$)로 나타났다. 각 집단의 합치도 지수와 설명량을 고려했을 때, 각 집단의 특성이 고루 반영되었으며 그 중 기관 운영자 평정이 전체 집단 결과에 가장 많이 반영되었음을 알 수 있다.

나. 차원별 진술문 분포 및 차원 해석

다차원척도 결과 도출된 2차원 상의 좌표값에 따른 진술문들의 위치는 [그림 IV-2] 와 같다.



[그림 IV-2] 관련주체 전체의 다차원척도 분석 결과

다차원척도 분석결과에서 나타난 공간상의 진술문들의 거리는 연구 참여자들의 인식의 유사성에 반비례함으로써, 진술문들 간의 거리가 가까울수록 유사하게 인식된 것이며, 진술문들 간의 거리가 멀수록 다르게 인식된 것을 의미한다.

각 차원의 의미를 살펴보기 위해, 좌표값을 통한 구체적인 진술문들을 살펴보아야 한다. 우선 1차원(X축)의 우(右)측 방향 끝에 위치한 진술문들을 살펴보면 다음과 같다. 괄호안의 숫자는 좌표값을 의미한다.

- 30. 아동이 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다. (1.25)
- 12. 아동은 감각기능이 발달된다. (1.23)
- 26. 아동은 사물 인지능력이 향상된다. (1.23)
- 16. 아동은 새로운 환경(교실 이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다. (1.21)
- 27. 아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다. (1.17)
- 13. 아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다. (1.15)

1차원(X축)의 좌(左)측 방향 끝에 위치한 진술문들을 살펴보면 다음과 같다.

- 10. 부모는 치료지원 기관에서 아동참여 가능프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다. (-1.74)
- 6. 부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다. (-1.66)
- 11. 부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다. (-1.40)
- 40. 치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다. (-1.31)

위와 같은 진술문들의 위치와 내용들을 살펴보면, 1차원의 우(右)측 방향은 아동의 언어 능력, 인지 능력, 감각기능 향상과 같은 치료지원을 통한 아동의 직접적 변화에 초점을 두고 있다. 좌(左)측 방향은 치료지원을 통한 다양한 정보, 장기계획 수립과 같은 치료지원으로 아동에게 드러나는 직접적인 변화보다는 장기적 관점에서 드러나는 아동의 간접적 변화에 초점을 두고 있다. 이에 따라 1차원은 치료지원에 따른 ‘아동의

직접적 변화-아동의 간접적 변화'차원으로 명명하였다.

2차원(Y축)의 상(上)단부에 위치한 진술문들을 살펴보면 다음과 같다.

- 34. 일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다. (1.60)
- 38. 치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다. (1.58)
- 37. 치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다. (1.55)
- 36. 증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다. (1.45)
- 39. 치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다. (1.27)
- 1. 치료수업에 효과를 본 부모의 요구에 따라 새로운 프로그램들(융합 수업, 캠프 등)이 개발된다. (1.23)

2차원(Y축)의 하(下)단부에 위치한 진술문들을 살펴보면 다음과 같다.

- 8. 부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다. (-1.40)
- 4. 부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다. (-1.36)
- 5. 부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다. (-1.34)
- 7. 부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다. (-1.26)
- 2. 아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다. (-1.21)
- 35. 일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는 거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다. (-1.19)
- 9. 부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다. (-1.07)

위와 같은 진술문들의 위치와 내용들을 살펴보면, 2차원의 상(上)단부는 치료지원 이용자 및 치료지원 제공기관의 수 확대, 일반아동의 치료

기관이용, 치료지원의 국가적 개입과 같은 치료지원의 사회적 인식 변화에 초점을 두고 있다. 하(下)단부는 부모의 양육태도 변화, 표정 변화, 아동 변화에 대한 부모의 인내심 향상과 같은 부모의 변화에 초점을 두고 있다. 즉, 치료지원의 효과는 치료지원의 대상인 아동에서 나타남과 동시에, 2차적으로 치료지원 제공기관과 부모에게도 나타나게 된다. 따라서 2차원 축은 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’차원으로 명명하였다.

2) 치료지원 효과 개념에 대한 군집

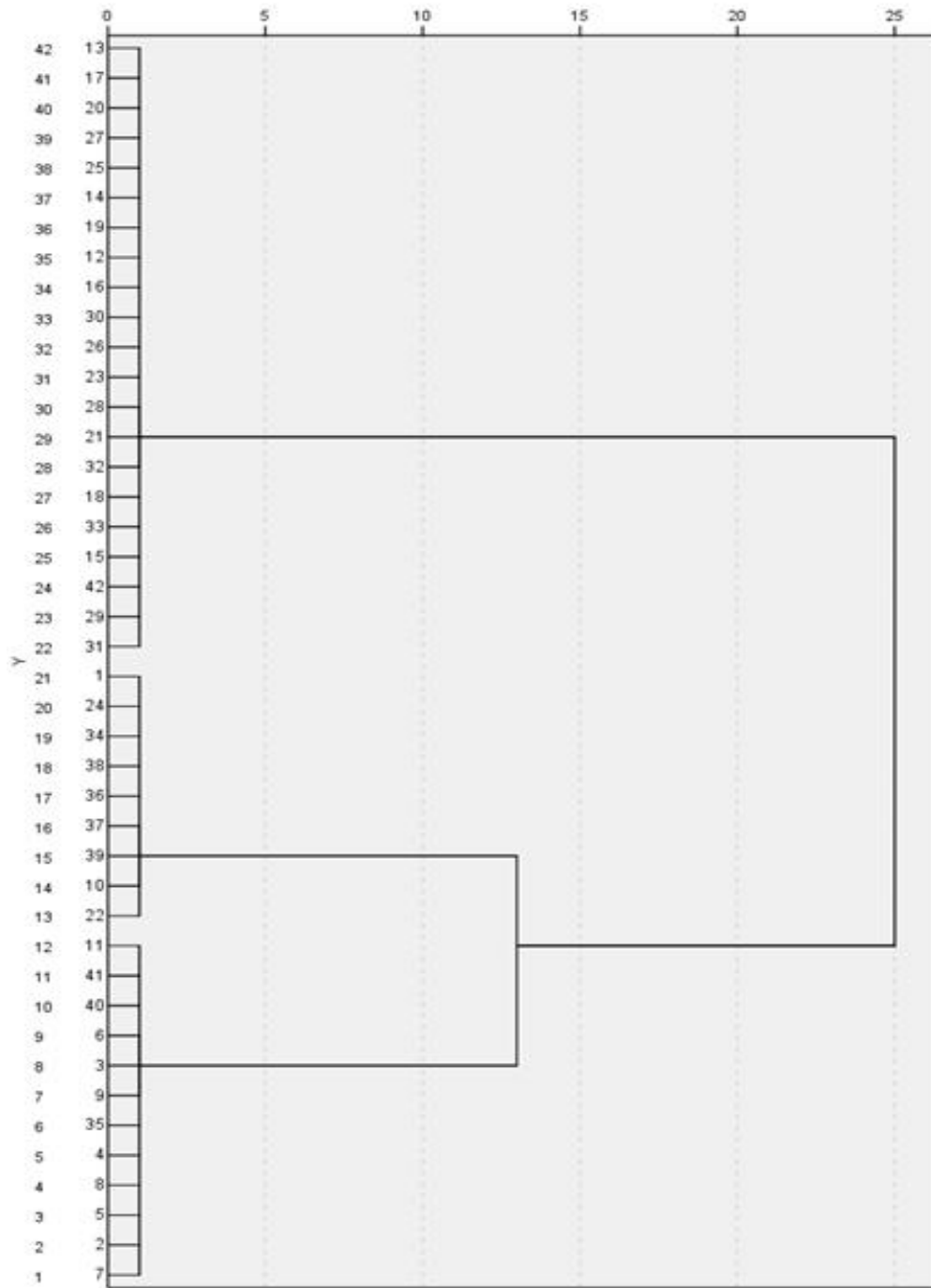
다차원척도 분석에서 치료지원 효과를 나타내는 진술문들은 2차원 상에 위치함을 확인 후 42개의 진술문들이 어떠한 상위 개념으로 묶일 수 있는지 알아보기 위해 군집분석을 실시하였다. 개념도에서 활용되는 군집분석의 방법은 크게 두 가지 유형으로 나뉜다. Kane과 Trochim(2007)은 다차원척도 분석에서 얻은 2개의 차원 상의 좌표값을 활용하여 군집분석 방법(Ward 분석방법)을 실시하는 것을 제안하였다. Elliott(1985)은 유사성 분류 원자료를 통한 군집분석을 제안하였다. 좌표값을 활용하는 군집분석 방법은 군집 간의 구분이 2개의 차원에서 명확하게 표현되는 장점이 있으나, 분석 좌표 값은 유사성 분류 원자료의 결과를 왜곡시킬 우려가 있으며(민경화, 2012; 왕은자, 2009; 한길자, 손진희, 2012) 원자료를 통한 유사한 개념들의 세부적 군집을 만드는데 한계가 있다(이지은, 2014).

가. 군집의 수와 명명

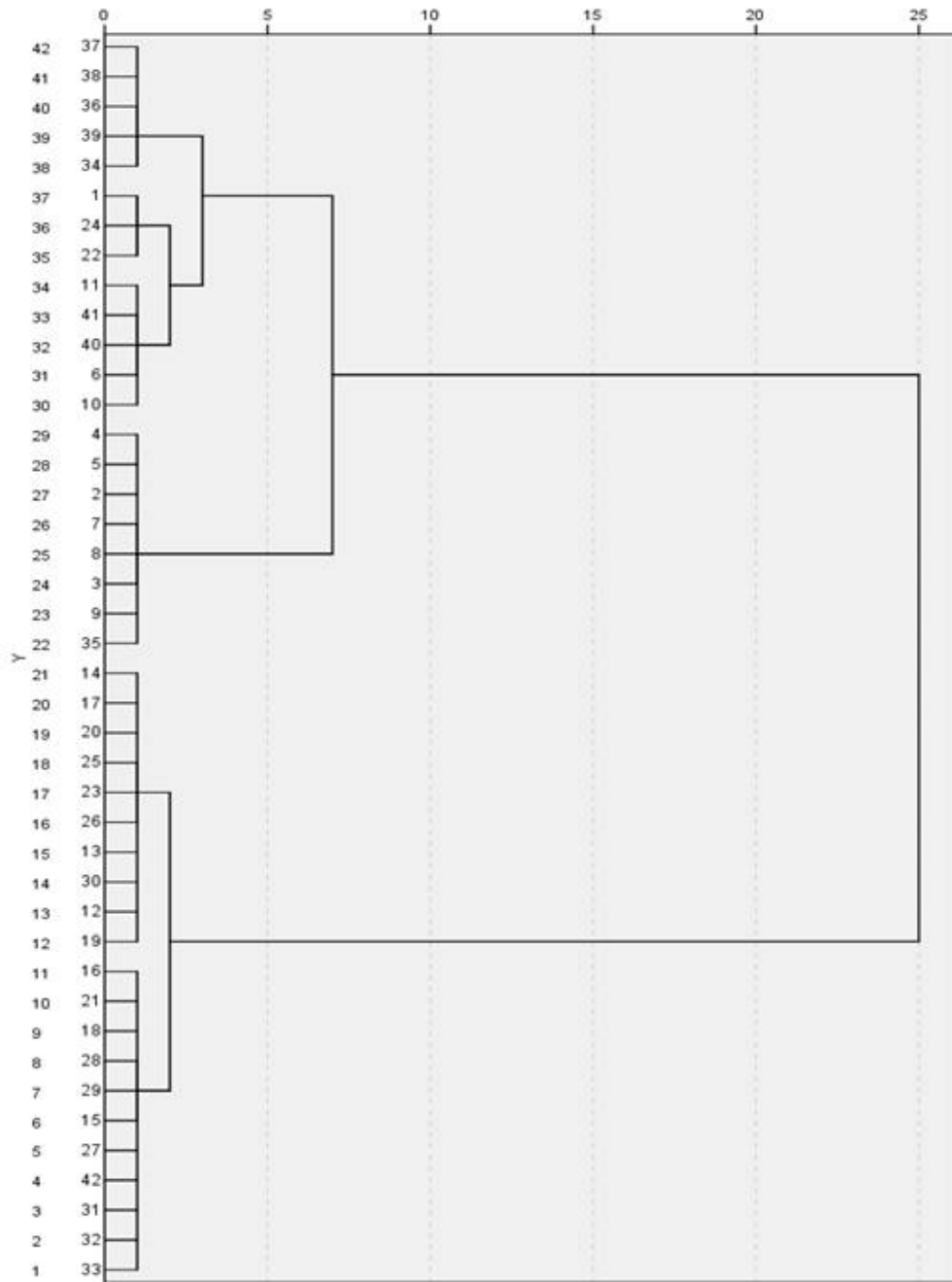
군집의 수는 연구 목적에 따라 크게 또는 세분하게 결정되며(Kane, Trochim, 2007), 연구 주제에 따라 연구자의 관련 전문성과 사전 지식에 근거하여 결정한다(왕은자, 2009).

본 연구에서는 위계적 군집분석 결과를 타당화하기 위해 유사성 분류 원자료를 이용한 군집분석과 다차원척도 분석에서 2차원상의 좌표값을 이용한 군집분석 및 원자료와 좌표값을 각각 활용한 평균연결법(average linkage)과 중심연결법(centroid linkage) 군집분석을 실시하였다. 2차원상의 좌표값을 이용한 군집분석방법, 평균연결법, 중심연결법은 각각 3개와 4개의 군집을 도출하였다. 원자료를 이용한 군집분석방법, 평균연결법, 중심연결법은 4~6개의 군집을 도출하였다. 진술문 구조화 단계에 참여한 연구진들은 각각의 군집분석 방법에 따른 군집으로 분류된 진술문들의 유사성을 살펴보았다. 원자료를 활용한 군집분석들의 군집은 좌표값을 활용한 군집분석의 군집 결과보다 군집들이 세세하게 도출되었다([그림 IV-3], [그림 IV-4] 참조). 그 중 Ward 방법을 활용한 군집분석이 6개의 군집으로 각 군집에 따른 진술문들을 살펴본 결과 타 방법에 비해 치료지원 효과 개념에 대한 이해도를 높일 수 있도록 군집들이 잘 이루어짐을 볼 수 있다. 군집의 수는 군집분석을 통한 진술문 비교와 더불어 개념도 상의 드러나는 군집들을 비교하여 이상적인 군집들을 최종적으로 결정하게 된다.

따라서 본 연구에서는 원자료를 활용한 Ward 방법에서 드러난 6개의 군집을 개념도 상에 그려 비교하였다. 그 결과 6개의 군집은 군집들 간의 거리와 진술문들 간의 유사성을 고려하여 5개의 군집이 최종적으로 결정되었다. 결정된 5개 군집의 각 진술문과 다른 군집들과의 관계를 전체적으로 살펴보면서 최종으로 군집을 명명화 하였다.



[그림 IV-3] 원자표 관련주체 전체의 군집분석 덴드로그램



[그림 IV-4] 좌표값 활용 관련주체 전체의 군집분석 덴드로그램

나. 관련주체 전체 집단의 군집분석 결과

관련주체 전체 집단의 군집분석 결과 다음의 5개 군집이 나타났다. 군집에 포함된 진술문 내용 및 전체적인 진술문 구조를 고려하여 각 군집명이 결정되었으며, 각 군집 명과 군집에 포함된 진술문들을 다음과 같다.

<표 IV-4> 관련주체 전체의 군집과 포함 진술문

군집	치료지원 효과 진술문
군집1 치료지원 기관의 활성화	34. 일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.
	36. 증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.
	37. 치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.
	38. 치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.
군집2 치료지원 기관의 확대	39. 치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다.
	1. 치료수업에 효과를 본 부모의 요구에 따라 새로운 프로그램들 (융합수업, 캠프 등)이 개발된다.
	22. 아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.
군집3 치료에 대한 자문 및 분위기 조성	24. 아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.
	6. 부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.
	10. 부모는 치료지원 기관에서 아동참여 가능프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다.
	11. 부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.
	40. 치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.
	41. 치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 얘기를 나눔으로써 마음이 편해진다.

군집4
 부모의
 아동에
 대한 이해

-
2. 아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.
-
3. 부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.
-
4. 부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.
-
5. 부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.
-
7. 부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.
-
8. 부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.
-
9. 부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.
-

군집5
 다양한
 경험으로
 인한
 아동의
 기능발달
 및 일반화

-
35. 일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.
-
12. 아동의 감각기능이 발달된다.
-
13. 아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.
-
14. 아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.
-
15. 아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.
-
16. 아동은 새로운 환경(교실이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.
-
17. 아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.
-
18. 아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.
-
19. 아동은 일상생활에서 지시 따르기(차레, 기본 동작등)를 할 수 있다.
-
20. 아동은 자존감이 높아진다.
-
21. 아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.
-
23. 아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.
-

-
25. 아동이 밤에 잠을 잘 자게 된다.
-
26. 아동의 사물 인지능력이 향상된다.
-
27. 아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.
-
28. 아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.
-
29. 아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음단계의 수업을 받게 된다.
-
30. 아동은 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.
-
31. 아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.
-
32. 아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.
-
33. 인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.
-
42. 치료 중 아동의 억눌리고 풀지 못한 심리적 문제들이 드러나게 된다.
-

3) 치료지원 효과에 대한 개념도

관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 개념도를 그리기 위해 관련주체 전체의 유사성 분류자료를 활용하여 다차원척도 분석을 실시하였다. 유사성 자극으로 제공된 진술문이 2차원 공간상 배치 될 수 있음을 확인 후 좌표값을 이용한 군집분석(ward 방법)을 통해 군집의 수와 이름을 결정하였다. 이러한 과정을 통해 다차원척도 분석 결과로 드러난 2차원 공간상에 위계적 군집분석의 결과로 나타난 군집을 위치시킴으로 개념도를 그렸다.

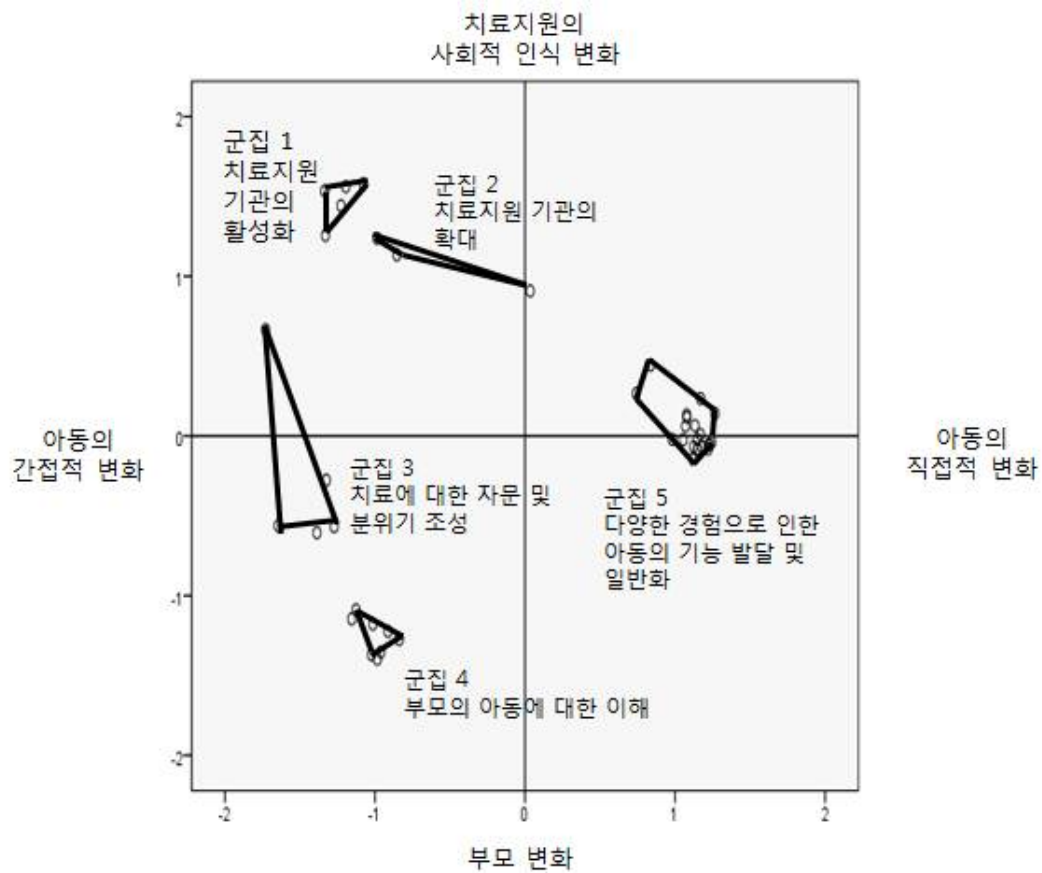
개념도 상 군집간의 거리는 유사성에 반비례함으로써, 군집이 근접할수록 관련이 깊은 군집일 가능성이 높다. 또한 군집의 면적이 넓다는 것은 연구 참여자들이 군집 내용을 다양한 방식으로 경험하거나 다양하게 표현하고 있음을 의미한다(정찬석 외, 2004). 개념도는 차원 상에 위치한 군집의 위치와 근접성을 고려하여 연구 참여자들이 가지고 있는 잠재적 효과 개념의 차원을 파악함으로써, 그들의 인지적 특성을 알아 볼 수 있다(Kunkel & Newsom, 1996).

관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모 전체 집단이 인식하는 치료지원 효과에 대한 개념도는 2차원인 ‘아동의 직접적 변화-간접적 변화’차원과 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’차원 상 총 5개의 군집이 이루어져 있었으며 이를 그림으로 시각화하면 [그림 IV-5]와 같은 개념도가 완성된다.

군집의 크기와 모양을 살펴보면 군집 3이 타 군집에 비해 면적이 넓게 나타남에 따라, 이는 연구 참여자가 다양한 방식으로 표현하였다고 볼 수 있다. 즉, 군집 3 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’은 치료지원 효과 개념에 대한 공통된 견해가 낮거나 뚜렷하게 개념화되지 않음을 의미한다.

1차원의 ‘아동의 직접적 변화-간접적 변화’에서의 군집의 크기와 모양을 살펴보면 관련주체 전체 집단은 아동의 직접적 변화에서의 치료지

원 효과에 대해 동일한 방식으로 인식하고 명료함을 볼 수 있다. 반면에 아동의 간접적 변화에서의 치료지원 효과는 다소 상이한 방식으로 인식하고 있음이 나타났다. 2차원의 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’에서의 군집의 크기와 모양을 살펴보면 관련주체 전체 집단은 치료지원의 사회적 인식 변화와 부모의 변화에 대해 치료지원 효과에 대해 동일한 방식으로 인식함을 볼 수 있다.



[그림 IV-5] 관련주체 전체의 치료지원 효과 개념도

4) 치료지원 효과 중요도

가. 치료지원 효과 내용별 중요도

유사성 평정에 참여한 41명의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모는 각 진술문이 치료지원 효과에 있어 중요하게 인식하는 정도를 5점 척도로 평정하였다. 42개의 각 진술문에 대한 중요도 평정점수 평균 및 표준편차는 다음 <표 IV-5>과 같다.

<표 IV-5> 치료지원 효과 진술문에 대한 중요도 평정 결과

번호	진술문 내용	평균	표준 편차
1	다른 치료교육에 효과를 본 부모 요구에 따라 새로운 프로그램들(융합수업, 캠프등)이 개발된다.	3.32	1.11
2	아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.	4.29	.78
3	부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.	4.44	.71
4	부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.	4.27	.78
5	부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.	3.93	.93
6	부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.	4.20	.75
7	부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.	4.22	.69
8	부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.	3.83	.89
9	부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.	3.54	1.03
10	부모는 치료지원 기관에서 아동 참여가능 프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다.	3.93	1.01
11	부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.	3.59	.77

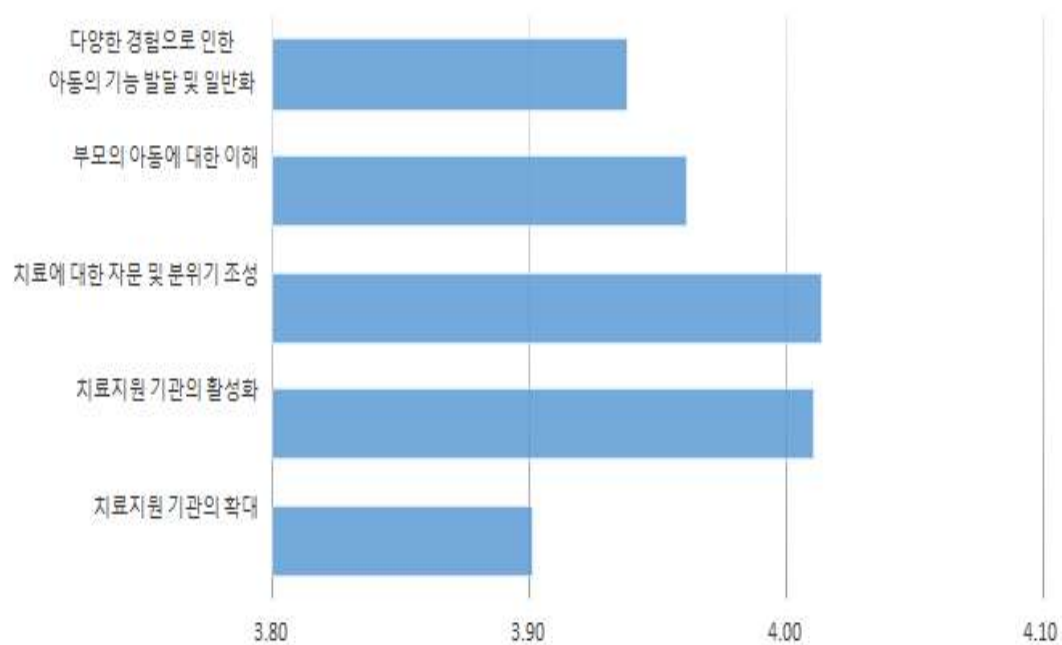
12	아동은 감각기능이 발달된다.	4.10	.89
13	아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.	4.29	.60
14	아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.	3.83	.86
15	아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.	3.85	.99
16	아동은 새로운 환경(교실 이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.	3.83	.80
17	아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.	3.71	.78
18	아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.	3.59	1.00
19	아동은 일상생활에서 지시 따르기(차례, 기본 동작등)를 할 수 있다.	4.15	.69
20	아동은 자존감이 높아진다.	3.83	.77
21	아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.	3.98	.72
22	아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.	4.12	.60
23	아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.	4.10	.74
24	아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.	4.54	.64
25	아동은 밤에 잠을 잘 자게 된다.	3.76	.92
26	아동의 사물 인지능력이 향상된다.	4.24	.54
27	아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.	4.24	.70
28	아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.	3.17	1.07
29	아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음 단계의 수업을 받게 된다.	4.17	.67
30	아동이 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.	4.20	.60

31	아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.	3.88	.78
32	아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.	3.85	.62
33	인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.	3.93	.99
34	일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.	4.07	.96
35	일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.	3.29	1.10
36	증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.	3.61	.90
37	치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.	4.07	.91
38	치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.	3.98	.79
39	치료교육을 지원하는 국가적 사회 서비스(발달재활 서비스, 치료지원 서비스등)지원이 증가하게 된다.	3.76	.92
40	치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.	4.10	.77
41	치료교육 기관에서 부모는 아동에 대한 애기를 나눴으로써 마음이 편해진다.	4.15	.65
42	치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 애기를 나눴으로써 마음이 편해진다.	4.12	.71

42개의 진술문 중요도 평정점수는 평균 3.95, 최대 4.54, 최소 3.17로 나타났다. 평정점수가 높은 진술문들은 ‘아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다’, ‘아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다’로 나타났다. 관련주체들은 치료지원의 효과를 아동의 변화로 야기되는 아동 주변인의 이차적 변화를 치료지원의 효과로 보고 있었다. 다음으로 ‘아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다’, ‘아동은 사물 인지능력이 향상된다’, ‘아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동으로 해소된다’로 나타났다.

나. 치료지원 효과 군집별 중요도

관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 인식을 기관 운영자, 교사, 부모가 평정한 중요도 결과를 바탕으로 전체 집단의 군집분석 결과인 5개의 군집으로 구분하여 중요도를 실시하였다.



[그림 IV-6] 관련주체 전체의 군집별 중요도 비교

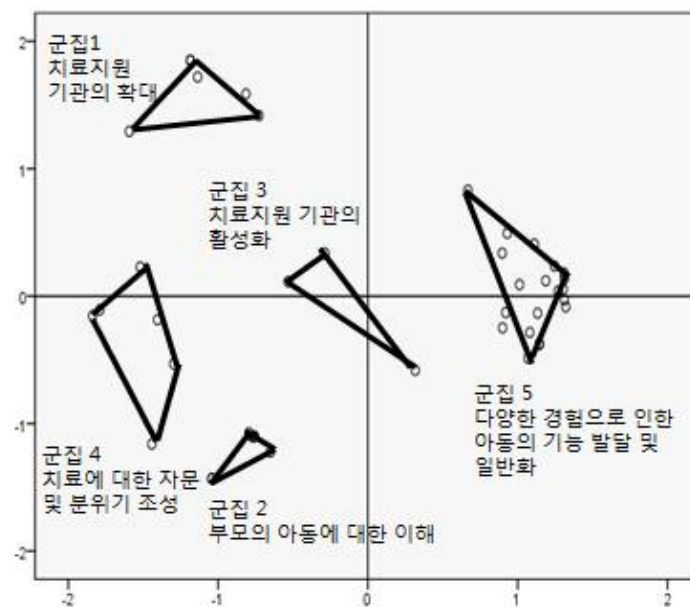
관련주체 전체가 인식하는 치료지원 효과의 군집별 중요도를 비교한 결과, 군집별 평균 3.90~4.01로 나타났다. 군집의 중요도는 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료지원 기관의 확대’순으로 나타났다.

3. 관련주체별 치료지원 효과 개념도 비교

1) 관련주체별 치료지원 효과 개념도 비교

가. 기관 운영자의 개념도 해석

기관 운영자 집단의 치료지원 효과 개념도를 그리기 위해, 기관 운영자 집단의 유사성 분류 자료를 비유사성 행렬표로 변환하여 다차원척도 분석을 실시하였다. 다차원척도 분석 결과인 2차원의 좌표값을 활용한 군집분석(Ward 방법) 및 원자료 값을 활용한 군집분석을 실시하였다. 군집분석 결과를 바탕으로 군집화 계수의 변화와 군집의 위치를 고려하여 연구진들의 논의를 통해 최종적으로 5개의 군집으로 결정 후 군집들을 명명화 하였다. 이 결과는 <부록 2>에 제시하였다.



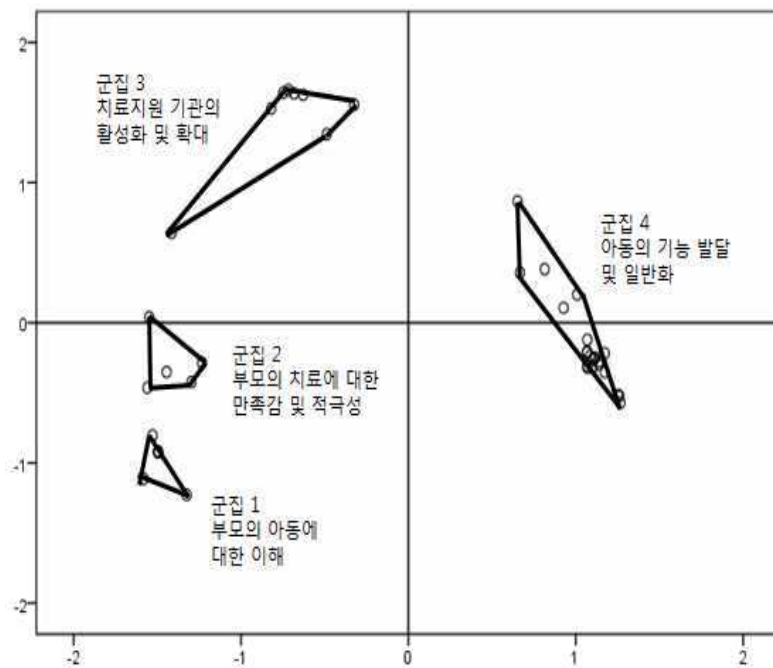
[그림 IV-7] 기관 운영자의 개념도

기관 운영자 집단의 군집의 구성을 살펴보면, 총 5개 군집으로 치료지원 기관 관련 군집 2개, 아동의 변화 군집 1개, 부모의 변화 군집 2개로 드러났다. 군집의 유형은 관련주체 전체의 군집과 동일한 형식으로 드러남을 알 수 있다.

[그림 IV-7]의 기관 운영자의 개념도를 살펴보면, 기관 운영자는 치료지원 효과를 다음과 같이 인식하고 있다. 1차원 우(右)측 방향에서는 아동의 직접적 변화로 군집5 ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’가 나타났으며, 각 진술문들이 밀집되어 나타남에 따라 이는 기관 운영자들이 이 군집을 매우 유사하게 지각하고 있는 것으로 해석된다. 1차원 좌(左)측 방향인 아동의 간접적 변화로 군집4 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’이 되는 것으로 치료지원 효과를 인식하고 있었다. 2차원 상(上)단부는 치료지원의 사회적 인식 변화로 군집1 ‘치료지원 기관의 확대’가 나타났으며, 2차원 하(下)단부는 부모의 변화로 군집2 ‘부모의 아동에 대한 이해’로 나타났다.

나. 교사의 개념도 해석

교사 집단의 치료지원 효과 개념도를 그리기 위해, 교사 집단의 유사성 분류 자료를 비유사성 행렬표로 변환하여 다차원척도 분석을 실시후, 다차원척도 분석 결과인 2차원의 좌표값을 활용한 군집분석(Ward방법) 및 원자료 값을 활용한 군집분석을 실시하였다. 군집분석 결과를 바탕으로 군집화 계수의 변화와 군집의 위치를 고려하여 연구진들의 논의를 통해 최종적으로 4개의 군집으로 결정 후 군집들을 명명화 하였다



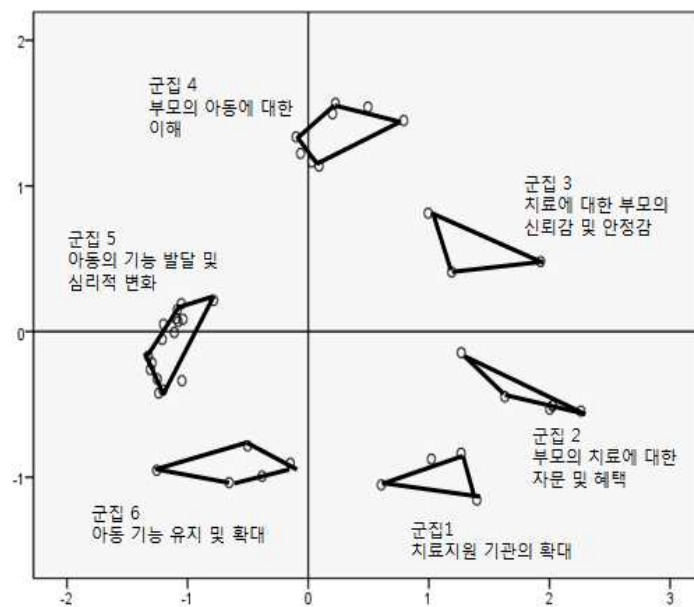
[그림 IV-8] 교사의 개념도

교사 집단의 군집의 구성을 살펴보면, 관련주체 집단 중 가장 작은 군집으로 총 4개 군집이 치료지원 기관 관련 군집 1개, 아동의 변화 군집1개, 부모의 변화 군집 2개로 드러났다.

[그림 IV-8]의 교사의 개념도를 살펴보면, 1차원 우(右)측 방향에는 군집4 ‘아동의 기능 발달 및 일반화’가 나타났으며, 좌(左)측 방향에는 군집2 ‘부모의 치료에 대한 만족감 및 적극성’으로 나타났다. 2차원 상(上)단부의 관련 주체 전체 집단과 기관 운영자 집단이 치료지원 기관에 대해 ‘치료지원 기관의 활성화’와 ‘치료지원 기관의 확대’로 세분화하여 해석한 반면, 교사의 경우 군집3 ‘치료지원 기관의 활성화 및 확대’ 하나의 군집으로 표현하였다. 또한 군집3의 크기는 진술문의 수와 밀집도를 고려했을 때, 타 군집의 크기에 비해 크게 나타난 것으로 보아 교사 집단은 ‘치료지원 기관의 활성화 및 확대’에 대해 다양하게 경험하고 인식한 것으로 볼 수 있다.

다. 부모의 개념도 해석

부모 집단의 치료지원 효과 개념도를 그리기 위해, 부모 집단의 유사성 분류 자료를 비유사성 행렬표로 변환하여 다차원척도 분석을 실시후, 다차원척도 분석 결과인 2차원의 좌표값을 활용한 군집분석(Ward방법) 및 원자료 값을 활용한 군집분석을 실시하였다. 군집분석 결과를바탕으로 군집화 계수의 변화와 군집의 위치를 고려하여 연구진들의 논의를 통해 최종적으로 5개의 군집으로 결정 후 군집들을 명명화 하였다



[그림 IV-9] 부모의 개념도

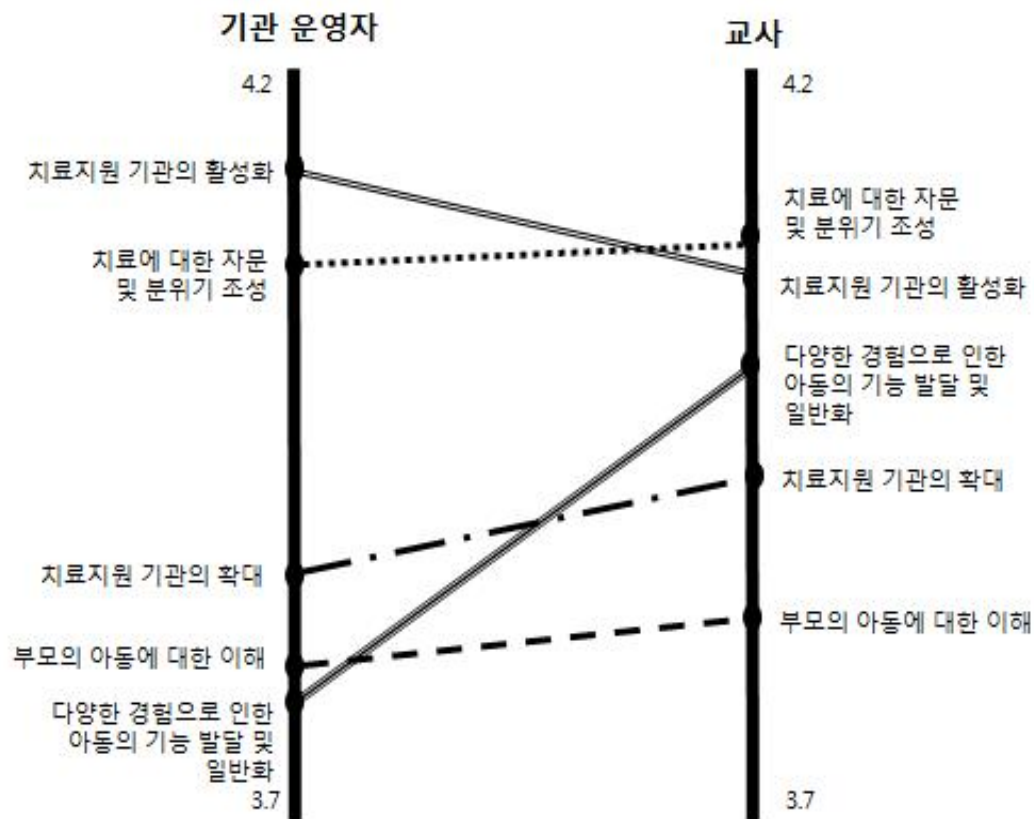
부모 집단의 군집의 구성을 살펴보면, 관련주체 집단 중 가장 많은 군집으로 총 6개 군집이 치료지원 기관 관련 군집 1개, 아동의 변화 군집 2개, 부모의 변화 군집 3개로 드러났다.

[그림 IV-9]의 부모의 개념도를 살펴보면, 부모의 치료지원 효과에 대한 개념도는 관련주체 전체 집단 및 기관 운영자와 교사 집단에서 도출된 2개의 차원의 좌우 방향과 상하 방향이 정반대로 표현되었으나 의미에 있어서는 차이가 나타나지 않았다.

1차원 우(右)측 방향에는 군집2 ‘부모의 치료교육 자문 및 혜택’으로 아동의 치료교육 효과로 인한 부모의 태도 변화가 나타났으며, 좌(左)측 방향에는 군집5 ‘아동의 기능 발달 및 심리적 변화’와 군집6 ‘아동 기능 유지 및 확대’가 나타났다. 2차원 상(上)단부는 부모의 변화로 군집4 ‘부모의 아동에 대한 이해’가 나타났으며, 2차원 하(下)단부는 치료지원의 사회적 인식 변화로 군집1 ‘치료지원 기관의 확대’가 나타났다.

2) 관련주체별 치료지원 효과 군집별 중요도 비교

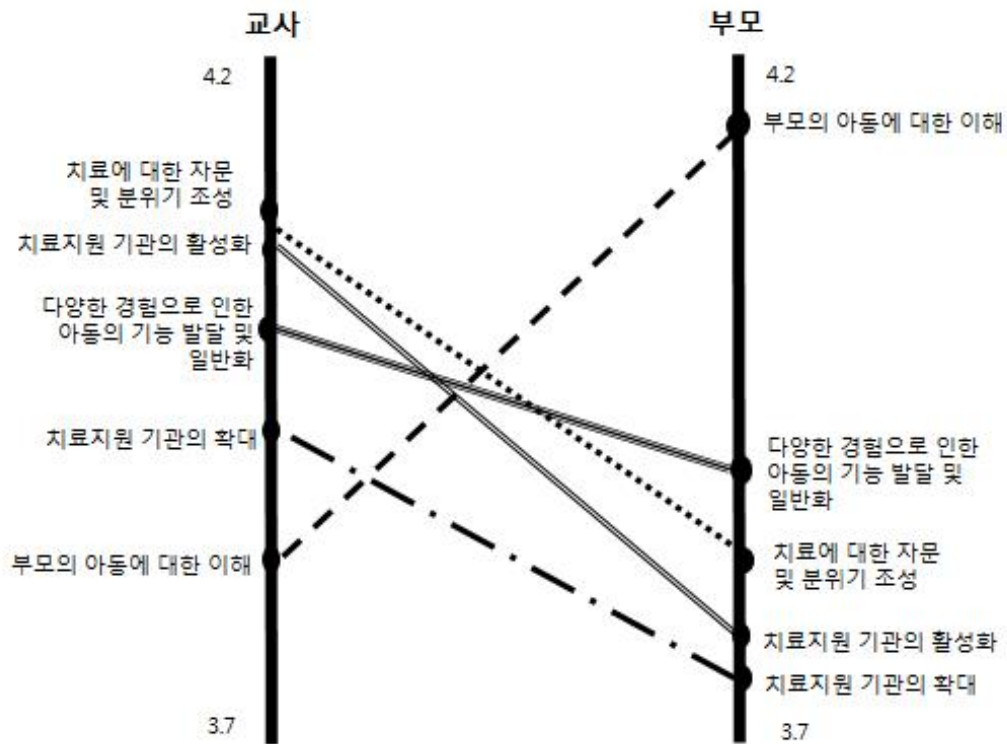
관련주체들 각 집단의 치료지원 효과에 대한 인식을 비교하기 위해 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모가 평정한 중요도 결과를 전체 집단의 군집분석 결과인 5개의 군집별로 구분하여 중요도를 비교 실시하였다.



[그림 IV-10] 기관 운영자와 교사의 군집별 중요도 비교

[그림 IV-10]은 기관 운영자와 교사의 군집별 중요도를 제시하였다. 왼쪽은 기관 운영자의 군집별 중요도 평정을 평균에 따라 위에서부터 높은 순서대로 제시하였으며, 오른쪽 또한 동일한 방법으로 교사의 평정에 따른 군집별 중요도를 순서대로 제시하였다.

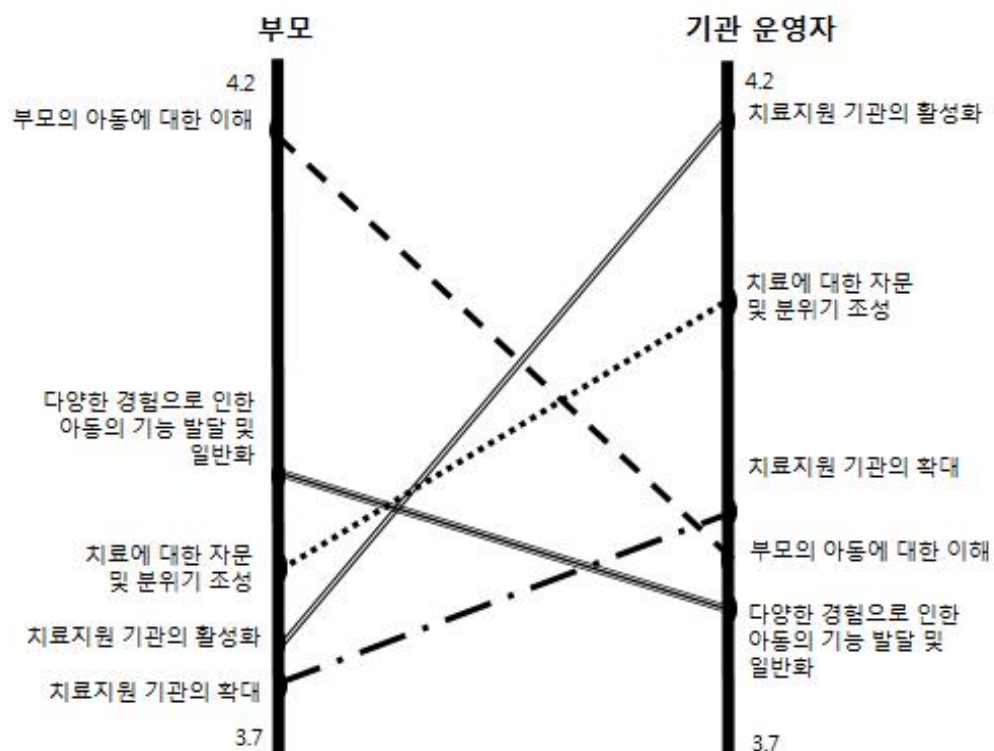
치료지원 효과 개념에 대한 기관 운영자와 교사의 인식을 각 군집별 중요도 순으로 살펴보면, 기관 운영자는 ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 확대’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’ 순으로 나타났다. 교사는 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료지원 기관의 확대’, ‘부모의 아동에 대한 이해’ 순으로 나타났다.



[그림 IV-11] 교사와 부모의 군집별 중요도 비교

[그림 IV-11]은 교사와 부모의 군집별 중요도를 제시하였다. 왼쪽은 교사의 군집별 중요도 평정을 평균에 따라서 위에서부터 높은 순서대로 제시하였으며, 오른쪽 또한 동일한 방법으로 부모의 평정에 따른 군집별 중요도를 순서대로 제시하였다.

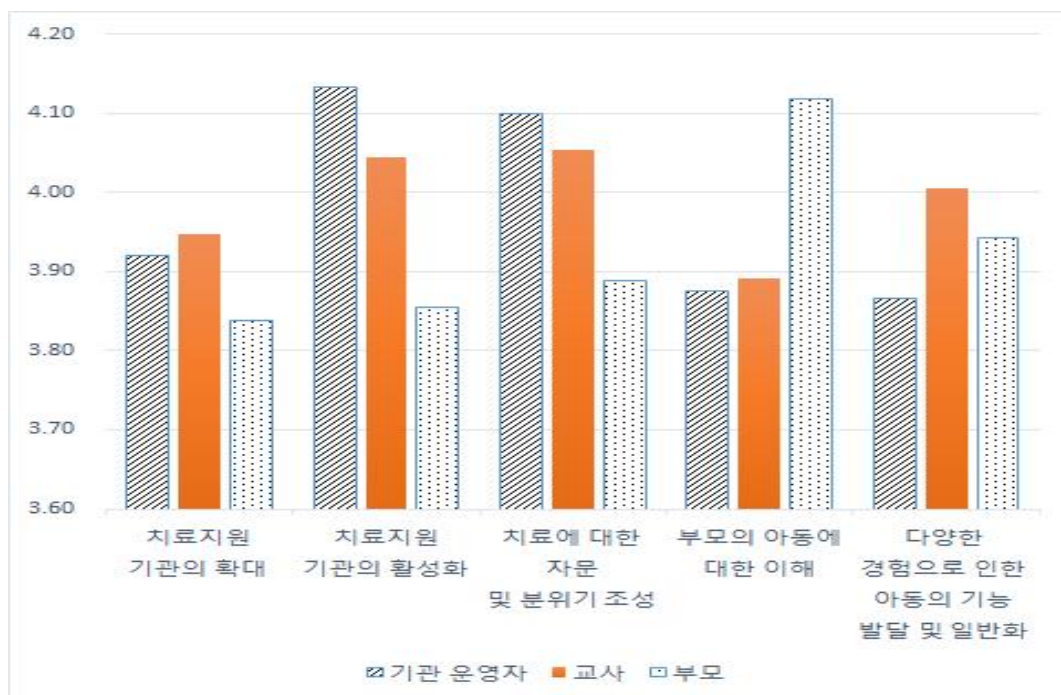
치료지원 효과 개념에 대한 교사와 부모의 인식을 각 군집별 중요도 순으로 살펴보면, 교사는 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료지원 기관의 확대’, ‘부모의 아동에 대한 이해’ 순으로 나타났다. 부모는 ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료지원 기관의 확대’ 순으로 나타났다.



[그림 IV-12] 부모와 기관 운영자의 군집별 중요도 비교

[그림 IV-12]는 부모와 기관 운영자의 군집별 중요도를 제시하였다. 원편은 부모의 군집별 중요도 평정을 평균에 따라서 위에서부터 높은 순서대로 제시하였으며, 오른쪽 또한 동일한 방법으로 기관 운영자의 평정에 따른 군집별 중요도를 순서대로 제시하였다.

치료지원 효과 개념에 대한 부모와 기관 운영자의 인식을 각 군집별 중요도 순으로 살펴보면, 부모는 ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료지원 기관의 확대’ 순으로 나타났다. 기관 운영자는 ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘치료지원 기관의 확대’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’ 순으로 나타났다.



[그림 IV-13] 관련주체별 군집에 따른 중요도 비교

[그림 IV-13]은 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모 각 주체별 군집에 따른 중요도 평균값을 비교한 결과이다. 그 결과 5점 척도에서 평점 점수 평균은 3.96으로 나타났으며, 최소 3.84에서 최대 4.13으로 나타났다. 기관 운영자의 경우 '치료지원 기관의 활성화', 교사의 경우 '치료에 대한 자문 및 분위기 조성', 부모의 경우 '부모의 아동에 대한 이해'를 치료지원 효과로써 가장 중요하게 인식됨을 보였다. 전반적으로 관련주체 전체 집단이 고무 치료지원 효과에 대해 중요하게 인식하는 군집은 '치료지원 기관의 활성화'며, 치료지원 효과에 대해 상대적으로 낮게 인식하는 군집은 '치료지원 기관의 확대'로 드러났다.

V. 논의

본 연구는 이론체계가 부족한 분야의 탐색단계 연구에 적합한 개념도 방법을 활용하여 치료지원 서비스의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모가 치료지원 효과에 대해 어떻게 인식하고 있는지를 전체수준과 집단별 수준으로 분리하게 인식의 차이를 살펴보았다. 본 장에서는 연구 결과를 바탕으로 관련주체들이 인식하는 치료지원 효과의 특성을 비롯한 관련주체 전체 수준 및 관련주체별 치료지원 효과에 대한 인식을 이해하기 위해 관련주체에 따른 치료지원 효과의 개념과 인식의 차원 및 개념도 결과의 차이를 논의한다. 그리고 각 관련주체의 치료지원 인식의 차원 및 개념도 결과를 관련 선행연구 결과들과 관련지어 논의하고자 한다. 마지막으로 연구의 시사점을 제시 후 연구의 제한점 및 제언을 하고자 한다.

1. 연구 결과 요약 및 논의

1) 치료지원 효과 개념의 특성

관련주체들의 경험을 바탕으로 치료지원 효과에 대한 인식을 살펴보기 위해 특수교육전공 박사수료 이상의 전문가 4인이 단계별 과정을 거쳐 인터뷰 질문을 개발하였다. 최종 선정된 ‘무엇을 보면 치료지원 효과가 있나요?’라는 초점질문을 중심으로 관련주체인 기관 운영자, 교사, 부모 총 15명은 인터뷰에 참여하였다. 관련주체들의 인터뷰 내용은 진술문 구조화 및 피드백 단계를 거쳐 최종 42개의 치료지원 효과 진술문이 도출되었다. 최종 도출된 42개의 진술문의 효과 대상을 살펴보면 치료지원 효과는 치료지원 대상자, 부모, 치료지원 제공기관, 치료지원 제공 기관

운영자, 치료지원 제공 교사, 사회로 다양하게 드러났다. 효과 대상의 비율을 살펴보면, 치료지원 대상자 관련 치료지원 효과가 가장 많이 드러났으며, 효과 특성 또한 다양하게 드러났다. 즉, 치료지원은 특수교육 치료지원 대상자에게 직접적으로 제공되는 서비스로 그 결과 치료지원 수혜자인 치료지원 대상자의 변화를 치료지원 효과로 관련주체들은 인식하고 있었다. 이는 왕은자(2009)의 기업상담에 대한 내담자, 관리자, 상담자로 구성된 이해관계자들의 인식을 살펴본 연구에서, 이해관계자들은 상담 주체인 내담자 관련 상담 효과를 가장 많이 표현한 결과 및 이지은(2014)의 전문상담교사 역할 모형을 탐색하기 위한 교장, 교사, 전문상담교사의 인식 분석 연구에서, 학교에서 제공하는 학생 대상의 전문상담인만큼 학생과 관련된 표현이 가장 많이 드러난 연구 결과와도 유사한 맥락으로 볼 수 있다.

2) 관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 인식

최종 42개의 진술문을 관련주체 기관 운영자 10명, 교사 15명, 부모 16명 총 41명이 유사성 분류 및 중요도 평정을 실시한 후, 평정된 자료를 행렬표로 작성하여 다차원척도 분석을 통해 치료지원 효과에 대한 관련주체 전체의 인식을 살펴보았다.

다차원척도 분석 결과 관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 인식은 2차원으로 드러났으며, 각 차원은 ‘아동의 직접적 변화-아동의 간접적 변화’차원과 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’차원으로 확인됐다. 원자료 및 좌표값을 활용한 위계적 군집분석(Ward 방법)을 통해 관련주체 전체의 치료지원 효과에 대한 개념의 군집을 비교 분석 결과 최종적으로 5개의 군집으로 결정하였다. 5개의 군집은 ‘치료지원 기관의 확대’, ‘치료지원 기관의 활성화’, ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’, ‘부모의 아동에 대한 이해’, ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능발달 및 일반화’로 나타났다.

5개의 군집을 2차원 상의 위치시켜 개념도를 살펴보면, 첫 번째 차원에서 나타난 아동의 직접적 변화 영역에는 아동 기능의 발달과 아동의 다양한 경험 및 아동 기능의 일반화가 포함되며, 아동의 간접적 발달로 아동의 치료지원의 긍정적 효과로 인한 치료지원에 대한 자문 및 아동 및 부모가 만들어 내는 분위기 조성이 포함된다. 아동의 직접적 변화와 간접적 변화에 포함된 진술문들은 각각 21개와 5개로, 이는 전체 진술문의 62%로 나타났다. 학교 효과 연구에서 학교 효과를 학생의 학업 성취도로 보는 연구(최용환, 김강배, 2017; 성기선, 2008)와 유사하게, 치료지원의 효과 또한 많은 진술문이 치료지원 대상자의 변화에 치중됨을 볼 수 있었다. 또한 이러한 현상은 서비스 이용자의 만족도가 높아짐에 따라 이용자는 서비스에 대한 신뢰도가 생기고 그에 따라 충성도가 높아진다는 연구(Rajan & Kenneth, 1995)결과와 유사하게, 본 연구에서는 치료지원 대상자들 또한 치료지원의 효과를 경험함으로써 치료에 대한 신뢰로 자연스럽게 치료를 즐기고 긍정적인 태도가 드러나는 것을 확인 할 수 있었다.

두 번째 차원인 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’에서는 치료지원 기관의 확대 및 치료지원 기관의 활성화, 그리고 부모의 아동에 대한 이해가 포함이 된다. 치료지원의 궁극적 목적인 치료 대상자의 긍정적 치료 효과가 외재적으로 드러남에 따라 치료지원 기관 운영자 및 치료지원을 제공하는 교사는 업무의 만족감 및 성취감이 생김에 따라 더욱 열정적으로 아동을 대하게 된다. 또한 아동은 지속적으로 치료지원 기관을 이용하게 됨에 따라 치료지원 기관에 대한 사회적 인식의 변화가 나타나게 된다. 또한 아동의 변화로부터 나타나는 부모의 심리적 및 행동적 변화도 드러나게 된다. 이렇게 다양한 치료지원 효과 대상은 여러 치료지원 효과 관련 선행연구에서도 확인할 수 있다. 치료지원을 통해 학생은 치료 효과를 유지하고 일반화시킨다는 연구결과와(김세연, 김지연, 2010; 박소현, 2010), 학부모는 치료지원에 대한 이해 및 정보 교환이 이루어지며(표윤희, 박은혜, 이숙향, 2010), 교사에게는 역량 강화 및 학생

특성 및 치료 및 교육 목표 달성에 영향을 미치게 된다(표윤희, 2012). 또한 이해관계자 중심의 인식 연구(왕은자, 2009; 이지은, 2014)에서도 효과 대상이 여러 부류도 도출된 결과와 일맥상통한다고 볼 수 있다.

치료지원 효과 군집에 따른 중요도를 살펴보면 ‘치료지원에 대한 자문 및 분위기 조성’이 가장 큰 치료지원의 효과로 나타났다. 치료지원의 긍정적 효과로 아동의 발달이 표면적으로 드러남에 따라, 부모와 아동의 치료지원 제공기관에 대한 긍정적 반응으로 이해될 뿐만 아니라, 기관 운영자와 치료를 제공하는 교사의 위치에서도 본인이 제공하는 치료 또는 치료환경에 대한 수혜자의 긍정적인 반응은 그들은 직업의식을 강화하는 긍정적 요인으로 인식됨에 따라 관련주체 모든 집단에게 중요한 치료지원의 효과로 인지되고 있다고 해석할 수 있다. 즉, 치료를 제공하는 교사들의 업무 스트레스와 심리적 소진에 대한 가장 큰 조절 요인은 아동 및 부모의 변화로 나타난 것과 동일한 맥락이다(김가은, 선우현, 2012; 오은경, 임원균, 2014; 이성희 방요순, 2015).

두 번째 중요도 군집은 ‘치료지원 기관의 활성화’이다. 아동의 긍정적 치료지원 효과로 인해 치료지원 기관 운영자 및 교사가 성취감을 느끼게 되고, 이로 인해 치료지원 수업 외 아동들을 위한 다양한 활동들을 개발하고 실행하게 된다. 즉, 저소득 가정 및 사회적 취약계층에게 제공되는 드림스타트사업의 서비스 질과 만족도 연구(남일재, 임혁, 심나래, 2011)의 아동에게 제공되는 캠프, 견학, 방문과 같은 새로운 활동에 대한 높은 만족도의 결과와 같은 맥락으로 이해될 수 있다.

세 번째 중요도 군집은 ‘부모의 아동에 대한 이해’로 부모 집단의 월등한 중요도 군집이기도 하다. 일반적으로 치료지원 제공기관 내에서 치료지원 수업 방식은 40분 치료수업과 10분의 부모 상담으로 이루어지게 된다. 따라서 치료지원의 주 치료지원 대상자는 아동임에도 불구하고 부모 또한 치료와 관련된 상담시간을 통해 상담을 지속적으로 받게 됨에 따라 아동에 대해 이해할 수 있는 기회가 확대되게 된다(송현중, 김소영, 2015; 이나헬, 김정미, 2014; 이병인, 2012). 또한 장애아동의 부모들이 가

지는 심리적 위압감과 불안감(이미숙, 2012; 정대영, 최정아, 2010)을 해소할 수 있는 기회 중 하나로 부모는 치료지원 제공기관을 인식하고 있는 것으로 해석된다.

네 번째 중요도 군집은 ‘다양한 경험으로 인한 아동의 기능 발달 및 일반화’로 나타났다. 기관 운영자와 교사는 아동에 대한 이해도가 높은 치료지원 제공 전문가로 치료대상자의 장단기 변화에 대해 긍정적 인식과 치료지원 일반화에 확신을 가지고 있음이 확인됐다. 그러나 부모는 아동의 발달 및 일반화에 대해서는 다소 낮게 평가하였다. 각각의 아동이 지니는 장애 특성으로 인한 발달의 차와 더불어 부모의 아동에 대한 이해 기반으로 결정되는 군집으로써, 부모 집단의 경우 아동에 대한 객관적 판단 부족 및 아동 발달에 대한 강한 욕구로 아동의 일상생활에서의 현 수행 능력을 타 집단과 비교 시 낮게 평가됐다고 해석할 수 있다. 즉, 아동의 장애유형에 따른 부모들의 스트레스와 아동에 대한 기대가 상이하다는 연구 결과(김두영, 박인용, 박미진, 윤지현, 조창빈, 2016; 류경희, 한경임, 이형숙, 2011; 최정실, 이미희, 2005)와 같은 맥락으로 볼 수 있다.

다섯 번째 군집은 ‘치료지원 기관의 확대’ 군집으로 치료지원 기관 증가 및 기관 이용자 증가를 포함하고 있다. 본 군집은 치료지원 효과 대상이 치료지원 제공 기관으로 치료지원 효과의 거시적 관점의 결과로 볼 수 있다. 이나헬, 김경미(2014) 연구에서 부모의 재활치료기관 선택 시 기관 이용자 수가 많을수록 기관에 대한 신뢰가 생겼다는 부분과 일치하며, 김주선, 김동일(2017) 연구에서 치료지원 제공 기관 운영자는 아동의 수와 치료지원 기관의 효과가 비례한다는 연구결과와 일치한다.

3) 관련주체 집단별 치료지원 효과에 대한 인식

관련주체는 수평적 의사결정과 협력을 촉진하는데 매우 중요한 역할을 하지만, 특정 주제에 다양한 경험으로부터 얻은 견해와 생각은 다르게 나타난다(박상희, 홍성두, 2008). 이에 관련주체별 치료지원 효과에 대한 다양한 경험으로 치료지원 효과에 대한 인식차가 나타날 것을 가정하고 각 관련주체별 치료지원 효과에 대한 인식을 개념도와 군집을 통해 비교 분석하였다.

각 집단의 개념도를 살펴보면, 기관 운영자의 개념도는 관련주체 전체 집단의 개념도와 매우 유사하게 군집의 크기가 작고 위치가 넓게 분포되어 있으며 차원 또한 동일하게 일차원에서는 ‘아동의 직접적 변화-아동의 간접적 변화’, 이차원에서는 ‘치료지원의 사회적 인식 변화-부모 변화’로 나타났다. 다차원척도 분석결과 기관 운영자 집단의 경우 2차원 상에서 설명도 87%로 타 집단에 비해 높게 나타남에 따라, 관련주체 전체 집단의 군집별 중요결과에 기관 운영자의 치료지원 효과에 대한 인식이 가장 많이 반영되었다고 해석될 수 있다. 기관 운영자는 타 관련주체 집단과는 달리 치료지원 효과 대상인 치료지원 기관을 확대와 활성화로 세분화하였다. 치료지원 기관 운영자를 중심으로 특수아동 치료교육기관 운영과정을 살펴본 연구(김주선, 김동일, 2017)에서 치료지원 효과의 객관적 판단 요인으로 기관의 확대 및 활성화로 드러난 결과와 동일한 맥락이다.

교사의 경우 2차원 상에서 군집이 기관 운영자 집단과 유사하게 고루 분포되었으나, 군집은 4개로 드러났다. 기관 운영자 집단에서 드러난 ‘치료지원 기관의 확대’와 ‘치료지원 기관의 활성화’를 하나의 군집으로 인식하고 있음을 알 수 있었다. 즉, 치료지원 서비스의 치료지원 주 제공자인 교사 관련 연구, 치료사의 요구 및 개선 방안 연구(손가화, 이병인, 2013), 치료지원 바우처 사업에 참여한 치료사 특성 및 만족도 연구(김수진, 유영준, 윤철수, 2008), 재활치료사의 발달재활서비스 제공과정 경험

에 대한 질적 연구(윤형준, 이성진, 김성식, 2015)에서 교사는 치료지원서비스에 대해 긍정적 인식은 가지고 있으나, 치료지원 서비스가 교사에게 부여하는 부가적으로 요구하는 행정 업무와 교수의 자율성을 제한함에 따라 부정적 인식 또한 동시에 가지고 있었다. 따라서 교사들은 치료지원 서비스에 대해 치료지원의 궁극적 목적인 치료지원의 질 향상에 있어 이를 확인 할 수 있는 치료지원 대상자와 부모의 변화를 가장 중요하게 여기고 이들의 변화로 드러나는 치료지원 제공기관의 확대 및 활성화에 대해서는 낮은 인식은(오은경, 임원균, 2014) 본 연구 결과와 동일한 맥락으로 해석할 수 있다.

부모의 개념도는 관련주체 집단 중 가장 많은 6개 군집으로 개념도 상 고루 분포되었으며, 2차원상의 군집의 위치는 타 관련주체 군집의 위치와 정반대(좌↔우, 상↔하)로 나타났으나 의미상 차이는 나타나지 않았다. 군집의 유형을 살펴보면, 치료지원 효과 대상자인 아동관련 군집과 부모관련 군집을 타 관련주체에서는 1개의 군집으로 인식한 반면 부모는 2개로 각각 분리하였다. 치료지원 서비스 수요자 입장의 부모가 치료지원 효과에 대해 본인 및 아동 변화에 대해 세분화한 본 연구 결과는, 이선아, 한유진(2015)이 부모가 치료지원 제공환경에서 불안한 시간, 휴식의 시간, 희망의 시간, 아동의 치료 내용에 관심을 가지는 시간 등과 같이 치료지원 효과를 아동의 변화로 더불어 본인의 내재적·외재적 변화로 다양하게 경험한 결과와 유사하다.

관련주체에 따른 치료지원 효과의 군집별 중요도 차이는 관련주체 전체 집단의 군집분석을 통해 도출된 치료지원 효과 총 5개 군집을 중심으로 살펴보았다. 그 결과 각 관련주체는 치료지원 효과의 중요도를 다르게 인식하고 있었다. 기관 운영자의 경우 치료지원 대상자 유지 및 본인이 주체적으로 치료지원 효과를 위한 노력인 ‘치료지원 기관의 활성화’를 가장 중요한 치료지원의 효과로 인식하고 있었으며, 인터뷰 상 다음과 같이 표현하였다.

‘인원수가 어느 정도 있다는 것과 한 아이가 오래 치료를 지속한다는 것은 센터가 어느 정도 치료가 잘 이루어져 있고, 효과성이 있나보다 라고 할 수 있는 거 같아요.’

‘체육에서 봤을 때, 아이가 즐길 수 있는 취미거리를 주로 하세요. 교육이 끝난 다음에 어머님 니즈에 맞춰서 또 다른 프로그램을 하고는 해요. 저희 센터에서는 벼룩시장, 나들이도 가고 했었어요. 그리고 센터 치고는 달란트들이 많았어요.’

교사의 경우 교사가 치료지원 대상자에게 제공하는 치료지원 수업 이외의 부가적으로 제공하는 다양한 관련 정보 및 부모와의 신뢰로 드러나는 부모의 자문 요구가 포함된 ‘치료에 대한 자문 및 분위기 조성’을 가장 중요한 치료지원의 효과로 인식하고 있었으며, 인터뷰 상 다음과 같이 표현하였다.

‘만약 어머님 개별치료가 정말 필요한데, 개인적 비용이 정말 부담 되시는 분들은 제가 기관을 알아봐 드려요. 어머님 바우처가 되는 기관과 지역내 에서 지역 가정센터가 그런데는 무료 상담하는 곳이 있어요. 거기까지 찾아봐 드려요.’

‘발음이 보이죠.. 또 발음과 심리가 또 나타나요.. 그런데 또 늘리려니 엄마는 고민을 하시죠. 그렇다보니 선생님께 이럴땐 어떻게 해야 하나요하고 부모들이 스스로 저게 상담을 하는거죠.’

부모의 경우 치료지원을 통해 아동의 능력을 확인함으로써 인내심을 갖고 적절한 치료연계활동을 배울 수 있는 ‘부모의 아동에 대한 이해’를 가장 중요한 치료지원 효과로 인식하고 있었으며, 인터뷰 상 다음과 같이 표현하였다.

‘사실 한 가지가 좋아지면, 또 한 가지 다르게 생기고. 한 가지가 또 그걸 잡아주면 또 다른 한 가지가 생기기 마련이에요. 이 발달장애라는 것이.. 그런데 이거에 대해서 어머님들이 정확히 이해를 하고 계시는 어머님들이라면 기다려 주세요.’

‘엄마가 집에서 하면 좋은 자극들을 가르쳐줘요. 엄마 코칭을 하니깐 좋았어요.’

본 연구는 관련주체별 치료지원 효과 군집에 대한 중요도 인식에 차이가 나타날 것이라는 가설을 확인하였다. 관련주체들의 인식을 비교한 선행 연구들을 살펴보면, 구정아, 박승희(2012)는 특수교육관련 종사자인 통합 환경의 일반교사, 특수교사, 특수교육보조원을 대상으로 장애이미지, 장애원인 및 서비스 제공방법에 대해 살펴본 결과, 특수교육 종사자들의 책무성과 환경적 요인으로 집단 간 유의미한 차이를 확인했다. 홍선미, 하경희, 김문근(2013)은 관련주체인 정신장애인, 가족, 종사자를 통해 기초생활을 위한 소득보장과 주거권을 위한 지역사회 거주 정신장애인의 사회권 탐색 연구를 시행한 결과, 정신장애인은 본인의 어려움에 대해 주로 호소하였지만 본인이 스스로 자립하고자 하는 욕구가 크게 드러났으며, 가족은 부모 사후의 대비책에 대한 국가의 적극적 책임 강화, 종사자는 제도와 서비스 개선을 각각 요구하였다. 최재완(2010)은 센터 전담교사와 학교현장 특수교사를 중심으로 특수교육지원센터 발전 방안을 탐색한 결과, 모든 관련주체들은 특수교육지원센터 발전에 대한 긍정적인 인식을 가지고 있었으나 본인의 교육 환경 내 위치적 요인과 대상자들의 연령에 따라 각각 다른 방안들을 제시하였다.

관련 선행연구 결과에서 드러나듯이, 관련주체는 특정 분야에 관련된 사람들임에도 불구하고 각 주체가 가지는 각각의 역할과 책무성으로 인해 인식의 차이가 나타나게 된다. 이와 같은 결과는 치료지원 효과에 대한 관련주체들의 인식의 차와 관련지어 해석할 수 있다.

2. 연구의 시사점

본 연구의 의의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 특수교육 대상자들의 교육의 질을 높이기 위한 노력에 큰 의의를 두고 있다. 2007년 제정된 「장애인 등에 대한 특수교육법」은 기존의 전문가와 행정가 중심으로 제정된 「특수교육진흥법」과는 달리 특수교육 관련주체인 장애인 본인, 장애인 부모, 현장의 특수교사들의 요구를 바탕으로 준비되었으며 이들의 요구들은 대부분 포함하고 있다(권순성, 김재웅, 2010). 이러한 변화는 특수교육계의 큰 변화이지만, 실상 일반교육계에서 질적 교육을 위한 노력과는 큰 차이를 보이고 있다. 일반 교육에서는 학생들의 궁극적인 목적을 위해 다양한 방법으로 학교 효과 연구들이 이루어지고 있는 반면, 특수교육계에서는 법 제정과 시행법 제정 수준에 머무르고 있다. 특수교육 대상자들 또한 일반 학생들과 동일한 교육의 권리를 가지고 있음으로, 그들에게도 질적 교육을 제공하는 것이 중요하다. 따라서 질적 교육을 제공하기 위해서는 제공되는 교육 시스템에 대한 도입 전·후로 구분하여 고찰할 필요성이 있다(표윤희, 2013). 현재 일반학교 현장에서 활발히 운영되는 자유학기제가 2018년 특수학교에 도입 예정으로 인해 성공적 성과를 위한 예비연구(이정은, 손지영, 2017)와 같이 특수교육 대상자와 같은 다양성을 가지고 있는 경우 새로운 법 도입 또는 개정에 앞서 예비연구와 선행연구 고찰을 통해 주도면밀하게 준비하고 검토하고 실행하는 것이 중요하다. 이에 본 연구에서는 이러한 특수교육 실태를 바탕으로 특수교육 대상자들의 교육의 질을 높이기 위해 제공되는 치료지원의 효과에 대해 탐색하였다. 일반 공교육의 질 관리는 다양한 방법으로 일반교육에서 시행되고 있지만, 특수교육 대상자들만을 대상으로 하는 치료지원 서비스의 질 관리는 매우 미흡하게 이루어지고 있다. 이러한 의미에서 본 연구는 치료지원의 효과를 탐색함으로써 치료지원에 대한 이해와 질적 치료지원을 제공할

수 있는 발판이 될 것이다.

둘째, 본 연구는 다양한 이해관계자들로 구성된 특수교육 분야에서 다양한 관련주체의 치료지원 효과에 대한 인식을 살펴보았는데 의의를 두고 있다. 외부주도형으로 제정된 2007년 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 적절하게, 치료지원에 대한 지식과 이해가 높은 다양한 대상자들을 선정하여 치료지원 효과에 대한 다각적 인식을 담음으로써, 수요자 입장으로 주를 이루는 만족도 연구와는 차별화를 두고 있다. 박상희, 홍성두(2008) 또한 다양한 이해관계자들로 구성된 특수교육영역에서 의제를 정당하게 확보하기 위해서는 다양한 이해관계자를 포함한 연구가 필요하다고 하였다. 따라서 다양한 관련주체를 연구 참여자로 포함시킴으로써, 치료지원 효과에 대한 다양한 효과 대상 및 실질적 치료지원의 효과들을 살펴 볼 수 있었다.

셋째, 본 연구 결과는 특수교육 치료지원 서비스 체계 및 사회적 서비스(발달재활 서비스)의 적절성을 확인하고 서비스 질 관리를 위한 평가 기초 자료로써 유용한 정보로 활용될 수 있다. 현재 우리나라는 국민의 삶의 질을 높이기 위한 다양한 사회적 서비스 제도를 실시하고 있다. 그 중 특수교육 치료지원 서비스와 동일한 맥락의 사회적 서비스는 발달재활서비스로 학령전기 장애 위험군 아동들을 대상으로 지원을 하고 있다. 이러한 생애 주기별 제공되는 다양한 사회적 서비스는 점진적으로 증가추세를 보이고 있으나, 관리 차원에서는 아직까지 미비한 것으로 보고되고 있다(신창원, 2011). 현재 사회서비스 및 특수교육 치료지원 서비스의 질 관리 시스템은 사회서비스 전문가와 행정가 중심으로 이루어짐에 따라, 질관리 평가에 대한 우려의 목소리가 높다(강현주, 이상무, 2015). 따라서 치료지원에 대한 이해가 높은 다양한 관련주체들을 통해 도출된 치료지원 효과 개념들은 서비스 제공 기관 평가항목의 기초 자료로 유용하게 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

마지막으로, 본 연구는 치료지원 서비스 제공 기관 운영 및 치료지원 서비스 이용 대상자들에게 치료지원 효과에 대한 이해를 돕는데 중요한

정보를 제공 할 것이다. 현재 다양한 사회적 서비스 도입으로 인해 치료 지원 서비스 제공기관은 급속도로 증가하고 있다(강정배, 조정민, 2014). 그러나 현실적으로 모든 치료지원 서비스 제공기관이 치료지원의 궁극적 목적으로 유지하고 운영되고는 있지 않다(김주선, 김동일, 2017). 따라서 치료지원 서비스 제공기관 운영자는 치료지원 대상자들의 요구에 대해 이해를 높임으로써 기관 유지 및 활성화하는데 도움이 될 것이다. 또한 치료지원 서비스 기관 이용 대상자들의 경우 개개인이 가지는 장애 특성 및 치료지원 서비스에 대한 이해의 개인차로 치료지원 서비스 기관 선정에 어려움을 겪고 있다. 따라서 치료지원 효과에 대한 객관적 이해를 제공함으로써 아동의 치료지원 효과를 극대화 할 수 있는 치료지원 서비스 기관 선정에 도움을 제공할 수 있을 것이다.

3. 연구의 제한점 및 제언

본 연구의 제한점들을 살펴보고 그에 따른 후속연구를 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 연구 참여 대상자의 배경적 다양성으로 인한 제한점이 있다. 관련주체를 특수교육 대상자들의 높은 비율이 치료지원을 받는 교육기관 중 하나인 사설 치료기관으로 나타남에 따라 관련주체를 사설 치료기관으로 한정하여 기관 운영자, 교사, 부모를 대상으로 치료지원 효과를 살펴보았다. 치료지원 효과에 대한 일반적인 의견을 담고자 다양한 전공분야의 기관 운영자 및 교사 그리고 다양한 장애 유형을 가진 장애아동 부모가 참여하였다. 치료지원 효과에 대한 일반적 인식을 얻고자 유사도 및 중요도 평정 시 충분한 설명을 제공하였으나 각 개인의 다양한 배경적 요인으로 인하여 개인적 견해가 반영됨을 볼 수 있었다. 따라서 배경적 요인을 최소화하여 연구 참여 대상자의 동질성을 높임으로써 연구 결과의 일반화가 필요하다.

둘째, 연구 참여 대상자를 치료지원 기관 중심으로 한정함으로써 치료지원 효과에 대한 다양한 시각을 살펴보는데 제한점이 있다. 본 연구는 특수교육 대상자들의 교육의 권리를 충족시키기 위해 교육청 중심 특수교육대상자들에게 제공되는 치료지원 서비스의 주 목적인 치료지원의 효과를 관련주체를 통해 살펴보았다. 치료지원의 효과는 공교육에서 제공되는 이외의 교육적 요구를 위해 제공됨으로써, 아동의 치료지원 효과를 객관적으로 판단 할 수 있는 대상자는 치료지원 서비스 제공자뿐만 아니라 아동에 대한 이해도가 높은 특수교사, 일반 담임교사 및 특수교육지원청 관계자 등이 포함 된다. 따라서 치료지원 효과에 대한 객관적 판단을 할 수 있는 다양한 영역에 소속된 대상자로 관련주체를 확대하여 연구를 수행하는 것이 요구된다.

셋째, 본 연구에서 활용된 개념도 연구방법을 통한 연구 결과를 일반

화하여 적용하기에는 제한이 있다. 치료지원의 효과를 탐색하기 위해 관련주체들을 중심으로 인식의 차이를 질적 연구를 통해 수집하였으며 이를 객관화하기 위해 노력을 하였으나, 이는 타 연구의 양적 연구에 비해 표본의 크기에 따른 대표성이 떨어짐으로써 이를 객관화하기에는 다소 무리가 따른다. 따라서 본 연구 결과의 객관성을 높이고 일반화하기 위해서는 동일 주제의 타 연구 방법을 활용하여 본 연구 결과의 타당성을 입증하는 것이 추가적으로 요구된다.

참 고 문 헌

- 강경희, 손현주, 지아영(2015). 특수교육대상자 치료지원 서비스에 대한 부모인식 조사. **교사교육연구**, 36(2), 1-28.
- 강민희, 김지혜, 박지혜(2011). 장애아동 재활치료 이용의 접근성 향상에 관한 연구. **한국장애인개발원**.
- 강영혜(2003). 학부모의 선택과 수요자 중심 교육개혁의 재음미. **아시아 교육연구**, 4(2), 255-274.
- 강인수(1996). 교육개혁을 위한 교육기본법 및 초·중등교육법 제정방안. **교육법학학회**, 8(1), 51-78.
- 강정배, 조정민(2014). 발달재활서비스 제도개선 방안에 관한 연구. **특수 교육재활과학연구**, 53(2), 91-116.
- 강현주, 이상무(2015). 지역사회서비스 품질관리제도에 관한 인식과 개선 방안 연구: 영리조직과 비영리조직의 비교. **사회과학연구**, 41(2), 153-181.
- 고은영(2011). *An exploratory study of the components on identification of adolescents with ADHD: clinical psychologists and school counselors' perception on characteristics and diagnosis*. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 교육부(2014). 2013년 특수교육 연차보고서.
- 교육부(2017). 2016년 특수교육 연차보고서.
- 구정사, 박승희(2012). 장애이미지, 장애원인 및 서비스 제공방법에 대한 특수교육관련 종사자의 인식 비교. **지적장애연구**, 14(2), 101-130.
- 권순성, 김재웅(2010). 『장애인 등에 대한 특수교육법』의 정책 의제설정 과정 분석 장애인 교육권연대의 역할을 중심으로. **교육행정학연구**, 28(3), 107-132.

- 김가은, 선우현(2012). 놀이치료자의 자아탄력성 및 스트레스대처방식이 심리적 소진에 미치는 영향. **한국놀이치료학회지**, 15(4), 535-548.
- 김두영, 박인용, 박미진, 윤지현, 조창빈(2016). 서울특별시 발달장애인 평생교육센터 운영에 관한 부모의 요구. **장애인평생교육·복지연구**, 2(1), 37-64.
- 김병하(2002). 특수교육 교육연구단의 향후 과제. **특수교육저널: 이론과 실천**, 3(4), 187-191.
- 김선명(2009). 조직 성격의 차이에 따른 지역사회서비스사업의 비교 분석: S시·K시의 ‘장애아동의 교육 및 치료지원 사업’을 중심으로. **한국조직학회보**, 6(3), 115-142.
- 김세연, 김지연(2010). 특수교육지원센터와 학교에 기반을 둔 학교 작업 치료 실태조사. **대한작업치료학회지**, 18(3), 53-67.
- 김수진, 유영준, 윤철수(2008). 치료지원 바우처 사업에 참여한 치료사 특성 및 만족도. **언어치료연구**, 17(4), 167-182.
- 김용득, 이복실, 강희설(2009). 지적장애인이 인식하는 사회복지 서비스제 공자와의 관계. **사회복지연구**, 40(4), 231-257.
- 김용욱, 유종열, 백운찬(2009). 「장애인 등에 대한 특수교육법」 개정 이후에 나타나고 있는 특수교육의 변화-특수학교를 중심으로. **특수아동교육연구**, 11(4), 259-283.
- 김원경, 한현민(2007). 2007 특수교육법의 쟁점과 과제. **특수교육저널: 이론과 실천**, 8(4), 95-140.
- 김인(2009). 사회서비스 바우처 프로그램의 효과성 및 고객만족도 영향 요인: 산모신생아 도우미서비스를 중심으로. **지방정부연구**, 13(4), 127-151.
- 김정완(2011). 자폐 장애 아동 보호자의 언어치료 교육 서비스 만족도에 대한 실태조사. **한국콘텐츠학회논문지**, 11(3), 524-540.
- 김정희, 김경란, 강정배(2015). 장애아동 재활서비스 지원 사업 실태 및

- 개선방안. **정서·행동장애연구**, 31(2), 251-281.
- 김정희, 조윤경, 박주영, 이의정(2014). 발달재활서비스 제공기관의 서비스 및 인력 현황과 개선방안. **발달장애연구**, 18(1), 1-23.
- 김주선, 김동일(2017). 특수아동 치료교육기관 운영과정 탐색: 근거이론을 중심으로. **특수교육학연구**, 52(3), 1-22.
- 김지현, 황상심(2013). 자녀 연령에 따른 장애아 부모의 언어치료 실태 및 요구 조사. **언어치료학회**, 22(1), 273-297.
- 김진희, 박재국(2015). 특수교육 치료지원서비스의 연구동향 분석: 2008-2015년 국내학술지 논문을 중심으로. **한국지체·중복·건강장애연구**, 58(3), 163-189.
- 김하정(2014). 장애아동 치료서비스 : 현황과 과제. **장애아동인권연구**, 5(2), 17-34.
- 김혜령(2013). 특수교육법의 평가교정 개선 과제 탐색. **특수교육교과교육연구**, 6(2), 95-112.
- 나경은(2017). 『장애인 등에 대한 특수교육법』에 관한 최근 연구의 동향 분석: 2007~2017년을 중심으로. **학습장애연구**, 14(2), 47-70.
- 남일재, 임혁, 심나래(2011). 포괄적 아동복지서비스로서 드림스타트사업의 서비스 질과 만족도에 관한 조사 연구. **한국시민윤리학회보**, 24(1), 19-46.
- 노형진, 정한열(2001). Personal shop에 의한 비즈니스 모델에 관한 연구. **대한안전경영과학회 학술대회논문집**, 2001(1), 51-57.
- 류경희, 한경임, 이형숙(2011). 장애유형별 장애아동과 어머니 특성이 장애 아동 어머니의 스트레스에 미치는 영향. **특수아동교육연구**, 13(2), 437-461.
- 문장원(2015). 발달재활서비스의 현황과 개선방안. **발달장애연구**, 19(1), 1-23.
- 민경화(2012). **상담자가 인식한 작업동맹 위기 표지**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

- 민경화, 최윤정(2007). 상담일반: 상담학 연구에서 개념도 방법의 적용. **상담학연구**, 8(4), 1291-1307.
- 박광배(2000). 언론의 심리적 영향으로부터 형사재판의 공정성을 보호하기 위한 법제도. **한국심리학회지: 문화 및 사회문제**, 6(3), 141-157.
- 박미혜(2012). 유치원 교사의 언어치료 서비스에 대한 인식 조사. **특수아동교육연구**, 14(1), 417-433.
- 박병일(2011). **2011 사회서비스 바우처사업 만족도 조사보고서**. 서울: 갤럽.
- 박상희, 홍성두(2008). 특수교육연구에 있어 개념도 연구법의 적용가능성 탐색. **특수아동교육연구**, 10(4), 231-245.
- 박소현(2010). 통합어린이집에서의 교실 내 언어치료에 대한 질적연구. **언어청각장애연구**, 15, 603-618.
- 박소현, 김영태(2008). 통합어린이집에서의 언어치료 지원내용 및 지원방안에 대한 질적 연구. **특수교육학연구**, 43(3), 253-273.
- 박지현, 김정연(2012). 치료지원에 관한 지체장애학교 특수교사의 인식과 요구. **한국지체·중복·건강장애연구**, 55(4), 241-260.
- 박창언(2010). 특수학교 교육과정과 교과용 도서에 대한 법적 교정의 교육법학적 검토. **특수교육학연구**, 45(2), 131-152.
- 박준복, 김종호, 정광호(2014). 사회서비스 부적정 이용에 대한 감사 효과 분석-사회서비스 바우처 사업을 중심으로. **한국정책학회지**, 23(3), 161-198.
- 배찬효(2013). 특수교육법의 교육학적 문제점과 개선 방안 탐색. **특수교육교과교육연구**, 6(3), 1-20.
- 보건복지부(2014b). 2014 장애아동가족지원 사업안내.
- 보건복지부(2017). 2017 장애아동가족지원 사업안내.
- 서동명, 민선화(2010). 장애아동 재활치료사업의 현황과 발전방향에 관한 연구. **한국장애인복지학**, 12, 75-93.

- 서창원, 오세철(2014). 장애학생의 통합적 치료지원의 필요성 탐구. **한국 지체·중복·건강장애연구**, 57(1), 165-184.
- 성기선(2008). 학생들의 성취도 변화점수에 기초한 평가 모형 개발 연구: 학교책무성평가를 위한 다양한 접근 방법 비교. **교육사회학연구**, 18(4), 115-139.
- 손가화, 이병인(2013). 효율적인 발달지체유아 치료지원을 위한 치료사의 요구 및 개선 방안 연구. **재활복지**, 17(2), 119-148.
- 송현중, 김소영(2015). 장애아동 부모의 양육스트레스와 심리적 안녕감의 관계에서 사회적 지지와 장애수용의 조절 효과. **특수교육연구**, 22(2), 94-115.
- 신창환(2011). 서비스 만족도 지표개발에 관한 연구: 지역개발형 바우처 서비스 이용자를 중심으로. **사회복지연구**, 42(1), 151-177.
- 안수경, 김영태, 전현선, 정동일, 한현민(2005). 치료교육의 실태 및 개선 방안 연구. **국립특수교육원 연구보고서**, 5, 1-274.
- 양기용(2015). 사회서비스 평가제도에 대한 정책 맥락적 재검토. **GRI 연구논총**, 17(2), 81-107.
- 양숙미, 오혜경, 전동일(2010). 장애아동 재활치료 서비스의 치료과정과 환경, 치료효과가 서비스 만족도에 미치는 영향. **한국장애인복지학**, 12, 1-14.
- 엄동란(2007). **Model based clustering을 토대로 한 군집분석의 활용**. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 오은경, 임원균(2014). 발달재활서비스 제공 치료사의 소진극복요인에 대한 경험 연구. **통합심신치유연구**, 1(1), 73-96.
- 왕은자(2009). **기업상담 효과에 대한 세 관련 주체의 인식**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 윤광보, 김영걸(2009). 『2008년 개정 특수학교 교육과정』에 의한 치료지원활동의 실태 분석. **특수교육저널: 이론과 실천**, 10(2), 85-109.

- 윤형준, 이성진, 김성식(2015). 재활치료사의 발달재활서비스 제공과정 경험에 대한 질적 연구. **특수교육재활과학연구**, 54(3), 365-380.
- 은혜경(2010). **경력단절 기혼여성의 재취업 성공요인 탐색**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이규식(2003). 특수교육에 있어서의 치료교육적 접근의 위상 및 새로운 동향. **현장특수교육**, 10(1), 28-39.
- 이나엘, 김정미(2014). 장애아동 부모의 재활치료기관 선택 경험에 대한 현상학적 연구. **대한작업치료학회지**, 22(1), 41-52.
- 이미숙(2012). 특수학교의 장애학생 부모상담 실태 및 특수교사의 인식. **특수아동교육연구**, 14(4), 443-464.
- 이미순, 손성국(2016). 영재교육기관 컨설팅에 대한 영재교육 이해관계자의 관심도 연구. **영재교육연구**, 26(2), 235-255.
- 이병인(2012). 특수교육과 관련된 가족지원 및 상담지원에 대한 요구 분석연구. **지적장애연구**, 14(3), 217-239.
- 이봉주(2013). 지역복지기관의 사회서비스 관리와 평가: 무엇을, 왜, 어떻게. **한국사회복지행정학**, 15(1), 197-221.
- 이상복(2004). “치료교육의 해체와 특수교육의 재구성: 배경과 그 이후” 주제와 내용에 대한 비평적 접근. **특수교육저널: 이론과 실천**, 5(1), 297-316.
- 이선아, 한유진(2015). 치료실 환경에서 장애아동 부모의 행동과 내적 경험에 관한 질적 연구. **언어치료연구**, 24(2), 119-130.
- 이성희, 방요순(2015). 작업치료사의 감정노동과 소진이 직무태도에 미치는 영향. **대한작업치료학회지**, 23(1), 95-108.
- 이윤희(2015). **상담자가 인식한 청소년 인터넷중독 증상: 개념도 방법을 중심으로**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이정은, 손지영(2017). 특수교과 자유학기의 교육과정 현황 및 실행전략 분석: 2016년 자유학기제 연구학교를 중심으로. **특수교육**, 16(3), 105-131.

- 이지은(2014). **교장, 교사, 전문상담교사의 인식 분석에 기초한 전문상담교사 역할 모형 탐색**. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 임정기(2013). 농촌노인과 도시노인의 사회적 지지와 삶의 만족도 변화 궤적에 관한 연구. **한국사회복지조사연구**, 38, 217-240.
- 주영호(2006). 학교장의 수업 지도성이 학교효과성에 미치는 영향에 관한 구조적 분석. **한국교육행정학회**, 24(1), 1-24.
- 전귀옥, 강대옥, 박재국(2012). 장애아동 치료지원서비스 이용 실태 및 부모의 인식-부산지역을 중심으로. **특수아동교육연구**, 14(3), 211-235.
- 전동일, 오현경(2012). **장애아동 재활치료 제공기관 평가기준 및 지표 개발**. 서울: 한국장애인개발원.
- 전현선(1997). 치료특수교육과 관련된 법적 제도적 문제점과 개선방안. **특수교육연구**, 20, 183-204.
- 정대영, 최정아(2010). 장애아동 부모와 일반아동 부모의 심리적 안녕감 비교. **정서·행동장애연구**, 26(3), 319-343.
- 정민호, 최영중, 김삼섭(2009). 특수학교의 학교기업 운영 배경과 타당성 고찰. **특수교육연구**, 16(2), 115-135.
- 조상미, 정선희, 이재희, 하정은(2012). 비영리 사회적 기업 변화경험 및 운영에 관한 탐색적 사례연구. **한국사회복지행정학**, 14(2), 143-178.
- 조재규(2010). 특수학교 학부모의 특수교육 관련서비스 이용 실태 및 관련 욕구 분석. **특수교육재활과학연구**, 49(4), 113-138.
- 주영호(2006). 학교장의 수업 지도성이 학교효과성에 미치는 영향에 관한 구조적 분석. **한국교육행정학회**, 24(1), 1-24.
- 주현준, 김태연, 남지영(2012). 교사의 지도성과 학교효과성 관계에 대한 메타분석. **한국교원교육연구**, 29(1), 117-141.
- 진현자(2012). 장애 유아의 언어치료서비스에 대한 부모 만족도. **특수아동교육연구**, 14(1), 99-116. .

- 최연호, 한경근, 남경옥(2013). 정신지체 특수학교의 바우처를 활용한 치료지원 운영에 관한 조사연구. **지적장애연구**, 15(3), 147-171.
- 최용환, 김강배(2017). 고교다양화정책이 학교효과성에 미치는 영향에 대한 이중차이분석: 학생의 학업성취도와 핵심역량을 중심으로. **한국정책분석평가학회**, 27(1), 55-79.
- 최재완(2010). 특수교육지원센터의 발전 방안 탐색: 센터 전담교사와 학교현장 특수교사를 대상으로 한 핵심집단면담 연구. **특수교육**, 9(1), 71-94.
- 최정실, 이미희(2005). 장애유형별 부모의 양육스트레스와 삶의질에 관한 연구. **대한작업치료학회**, 13(3), 43-50.
- 최한나, 김창대(2008). 좋은 수퍼비전 관계에 대한 수퍼바이저의 인식 차원. **한국심리학회지 상담 및 심리치료**, 20(1), 1-21.
- 표윤희(2013). 국내 교육환경 기반 치료지원의 연구동향 및 활성화 방안. **특수교육**, 12(2), 81-109.
- 표윤희, 박은혜, 이숙향(2010). 지체장애 학교에서의 협력적 팀워크 중재에 대한 팀 구성원들의 인식. **중복지체부자유연구**, 53(4), 233-263.
- 한길자, 손진희(2012). Wee 프로그램 효과에 대한 학생, 교사, 상담자의 인식 비교 - 천안 Wee 센터를 중심으로. **상담학연구**, 13(5), 2203-2227.
- 한현민(2001). “치료교육”의 해체와 특수교육의 재구성. **특수교육저널: 이론과 실천**, 2(2), 23-55.
- 한현민(2003). “치료교육”의 해체와 특수교육의 재구성: 배경과 그 이후. **특수교육저널: 이론과 실천**, 4(4), 501-524.
- 한현민(2005). “치료교육(활동)”의 학적 정체성 재정립을 위한 논리·법리적 고찰. **특수교육학연구**, 40(2), 33-73.
- 홍선미, 하경희, 김문근(2013). 지역사회 거주 정신장애인의 사회권에 관한 탐색적 연구: 기초생활을 위한 소득보장과 주거권을 중심으로

- 로. *한국사회복지질적연구*, 7(1), 5-31.
- 황정보, 이선재, 안병주, 강경희, 김청아(2007). 복지권으로서 교육권 보장을 위한 「장애인 등에 대한 특수교육법」. *특수교육연구*, 14(2), 123-146.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and Developmental Issues*. (2nd Ed.), New york Guilford Press.
- Coleman, J., Campbell, E. C., McPartland, J., Mood, A., Weinfeid, E., & Yourk, R. (1966). *Equality of Educational opportunity*. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.
- Edmonds, R. R. (1979a). Some schools work and more can. *Social policy*, 9, 28-32.
- Jencks, C. and Brown, M. (1975). Effects of high schools on their students. *Harvard Educational Review*, 45, 3.
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007). *Concept mapping for planning and evaluation*. California: Sage.
- Kettner, P. M., Moroney, R., & Martin, R. (2008). *Designing and Managing programs: An effectiveness-based approach*(3rd). Sage Publications.
- Madaus, G. G. (1980). The sensitivity of measures of school effectiveness. *Harvard Education Review*, 48, 207-230.
- Marquart, J. M., Pollak, L. B., & Bickman, L. (1992). *Quality in intake assessment and case management: Perspectives of administrators, clinicians, and consumers. The Fifth Annual Research Conference Proceedings*. Tampa, FL: Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Martin, L. & Kettner, P. (2010). *Measuring the performance of human service programs*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications,

- Inc.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology*. Thomson.
- Michalski, G. V. (1999). *Stakeholder variation in perception about training program evaluation*. Doctoral dissertation. University of Ottawa, Canada.
- Naomi, Z. (2003). Where should Students with Disabilities Receive Special Education Services? *The Journal of Special Education*, 37(3), 193-199.
- Nosofski, R. M. (1992). Similarity Scaling and Cognitive process models. *Annual Review of Psychology*, 43, 25-53.
- Patterson, G. R., Capakli, D., & Bank, L. (1991). *An early starter model for predicting delinquency*. In D. J. Pepler & K. H. Rubin(Eds.)
- Patton, M. Q. (1989). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA:Sage.
- Polkinghome, K. E. (1994). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Rajan, S. & Kenneth, R. L. (1995). Switching behavior in automobile markets: A consideration-sets model. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23(1), 57-65.
- Seidman, I. (2009). **질적연구방법으로서의 면담**. (박혜준, 이승연 공역) 서울: 학지사.
- Trochim, W. M. K. (1985). Pattern matching validity and conceptualization in program evaluation. *Evaluation Review*, 9(5), 575-604.
- Trochim, W. M. K. (1989). An introduction to concept mapping for

- planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.
- Trochim, W. M. K., & Kane, M. (2005). Concept mapping: An introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 187-191.
- Trochim, W. M. K. (2017). Hindsight is 20/20: Reflections on the evolution of concept mapping. *Evaluation and Program Planning*, 60, 176-185.
- Turnbull, H. R. & Turnbull, A. P. (2000). *Free Appropriate Public Education*. Denver: Love Publishing.
- Underwood, J. K. & Mead, J. F. (1995). *Legal aspects of special education and pupil services*. Boston: Allyn & Bacon.

<부 록>

<부록 1> 연구 참여 설명서 및 동의서

<부록 2> 기관 운영자 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과

<부록 3> 교사 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과

<부록 4> 부모 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과

<부록 1> 연구 참여 설명서 및 동의서

연구 참여자용 설명서 및 동의서 [인터뷰 참여자용]

연구 과제명 : 관련주체가 인식하는 치료지원의 효과

연구 책임자명 : 김주선 (서울대학교 사범대학 교육학과 박사수료)

본 연구는 치료지원 효과에 대한 관련주체인 특수아동 치료지원의 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자의 인식을 살펴보는 연구입니다. 귀하는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체로서 본 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구를 수행하는 서울대학교 소속의 김주선 (010-2538-xxxx)은 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시기 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만약 연구와 관련된 궁금한 사항이 있다면 담당 연구원이 자세히 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구에서는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자가 인식하는 치료지원의 효과를 살펴봄으로써 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하고 나아가 치료지원에 대한 이해를 높이는데 의의를 두고 있습니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

이 연구에는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자 각각 5~7인씩 총 20인 내외가 참여합니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

- 1) 연구자와 사전에 인터뷰 장소 및 시간을 선정할 것입니다.
- 2) 연구자는 인터뷰에 앞서 인터뷰 방식에 대해 간단히 설명 할 것입니다. (약 5분)
 - 인터뷰 내용의 주요한 부분을 추출하기 위해 인터뷰 내용은 녹음하고자 합니다.
 - 개인 신상정보는 드러나지 않고 인터뷰 내용이 담긴 녹음내용은 연구자만 듣습니다.
 - 인터뷰 과정에서 얻게 된 정보와 내용은 연구 이외의 다른 목적으로 사용되지 않습니다.
- 3) 연구 참여자는 치료지원의 효과에 대한 비구조화된 질문을 받을것입니다. 본인의 경험을 바탕으로 치료지원 효과에 대한 생각과 바람 등을 자유롭게 얘기하시면 됩니다. (약 40분)

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

연구 참여는 1회로, 약 1시간이 소요될 것입니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 연구 참여 도중에도 연구 참여 의사를 철회할 수 있습니다. 만일 귀하가 연구 참여 의사를 철회하고 싶으시다면, 담당 연구원에게 즉시 말씀해 주시기 바랍니다.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

인터뷰 내용은 본인의 경험을 바탕으로 이루어짐으로써, 인터뷰 과정에서 다소 불쾌한 감정이 유발될 수 있습니다. 이럴 경우 인터뷰 도중이라도 언제든지 연구 참여를 그만둘 수 있습니다. 만약 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용 및 위험 요소에 대한 질문이 있으시면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주시기 바랍니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 본 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 본 연구에 참여함으로써 치료지원 효과에 대한 이해를 증진시킬 수 있으며, 또한 추후 치료지원 선택에 도움이 될 것입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교의 김동일교수(02-880-xxxx)입니다. 저희는 본 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 본 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 연구 참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 댓가가 지급됩니까?

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 소정의 사은품이 증정될 것입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름: 김 주 선

전화번호: 010-2538-xxxx

만일 어느 때라도 연구 참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 서울대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

서울대학교 생명윤리심의위원회 (SNUIRB)

전화번호: 02-880-xxxx

연구 참여자용 설명서 및 동의서

[진술문의 유사성 분류 및 중요도 평가 참여자용]

연구 과제명 : 관련주체가 인식하는 치료지원의 효과

연구 책임자명 : 김주선 (서울대학교 사범대학 교육학과 박사수료)

본 연구는 치료지원 효과에 대한 관련주체인 특수아동 치료지원의 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자의 인식을 살펴보는 연구입니다. 귀하는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체로서 본 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구를 수행하는 서울대학교 소속의 김주선 (010-2538-xxxx)은 귀하에게 이 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시기 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만약 연구와 관련된 궁금한 사항이 있다면 담당 연구원이 자세히 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구에서는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자가 인식하는 치료지원의 효과를 살펴봄으로써 치료지원 효과에 대한 개념을 정립하고 나아가 치료지원에 대한 이해를 높이는데 의의를 두고 있습니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

이 연구에는 치료지원을 제공하는 치료기관의 관련주체인 기관 운영자, 교사, 치료지원 대상 보호자 각각 10~15인씩 총 45인 내외가 참여합니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행되니까?

1) 연구자는 유사성 및 중요도 평정을 위한 100개 이하의 진술문을 각각 7 × 12cm 크기의 카드에 포함하여 연구 참여자에게 전달합니다.

(진술문 - 치료지원 효과에 대한 내용이 담겨 있습니다.)

2) 연구자는 유사성 및 중요도 평정을 위한 방법 및 주의사항을 연구 참여자에게 설명합니다.

- 진술문 간의 유사성 평정은 ‘의미가 비슷하다고 생각되는 것끼리 묶는 것’입니다.

- 진술문의 중요도 평정은 5점 척도로 ‘매우 중요하다’ (5점)에서 ‘전혀 중요하지 않다’ (1점)를 진술문 카드에 1 ~ 5점으로 평정하여 본인이 직접 숫자로 적습니다.

*유사성 평정 시 주의사항

① 각각의 진술문들은 단 하나의 영역에만 들어갈 수 있습니다.

(두 가지 이상 영역에 포함하면 마십시오.)

② 한 영역에 하나의 진술문만으로 분류하지 마십시오.

③ 진술문의 33% 이상이 하나의 영역에 포함되지 않아야 합니다.

3) 연구 참여자는 진술문 유사성 및 중요도 평정을 마친 후 진술문 카드를 연구자에게 반납합니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

연구 참여는 1회로, 약 1시간이 소요될 것입니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 연구 참여 도중에도 연구 참여 의사를 철회할 수 있습니다. 만일 귀하가 연구 참여 의사를 철회하고 싶으시다면, 담당 연구원에게 즉시 말씀해 주시기 바랍니다.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

인터뷰 내용은 본인의 경험을 바탕으로 이루어짐으로써, 인터뷰 과정에서 다소 불쾌한 감정이 유발될 수 있습니다. 이럴 경우 인터뷰 도중이라도 언제든지 연구 참여를 그만둘 수 있습니다. 만약 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용 및 위험 요소에 대한 질문이 있으시면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주시기 바랍니다.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 본 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 본 연구에 참여함으로써 치료지원 효과에 대한 이해를 증진시킬 수 있으며, 또한 추후 치료지원 선택에 도움이 될 것입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교의 김동일교수(02-880-xxxx)입니다. 저희는 본 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 본 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 연구 참여자의 개인 정보에 대한 비밀 보장을 침해하지 않고 관련규정

이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 이 연구에 참가하면 댓가가 지급됩니까?

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 소정의 사은품이 증정될 것입니다.

11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름: 김 주 선

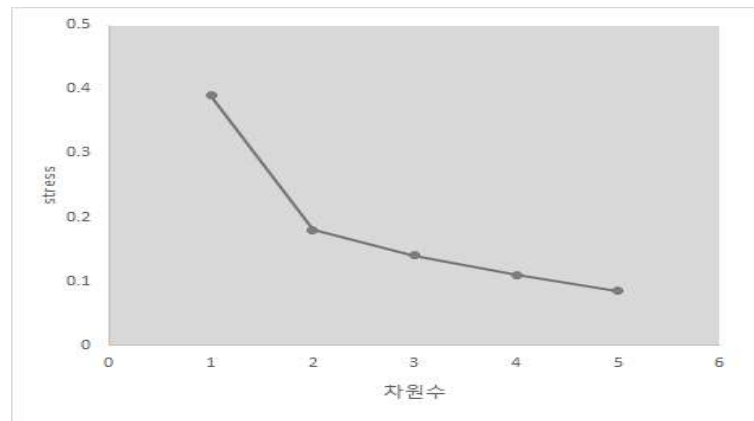
전화번호: 010-2538-xxxx

만일 어느 때라도 연구 참여자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 서울대학교 생명윤리심의위원회에 연락하십시오.

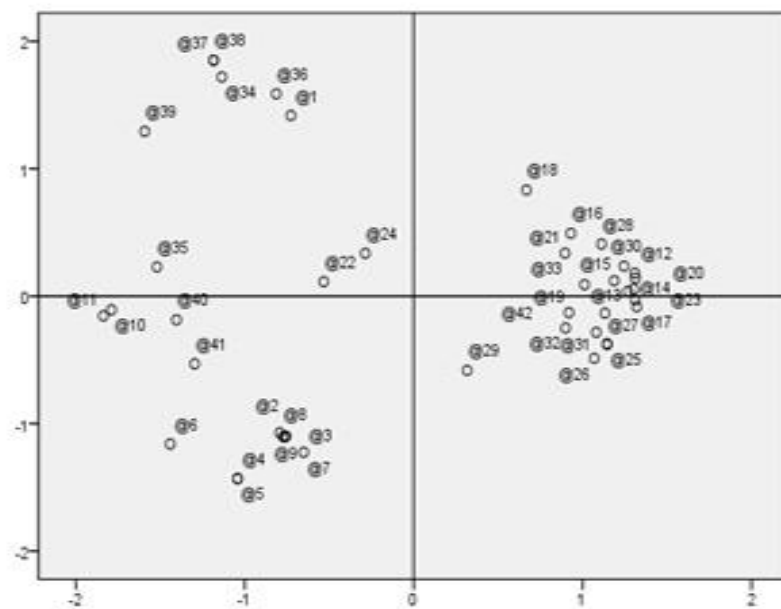
서울대학교 생명윤리심의위원회 (SNUIRB)

전화번호: 02-880-xxxx

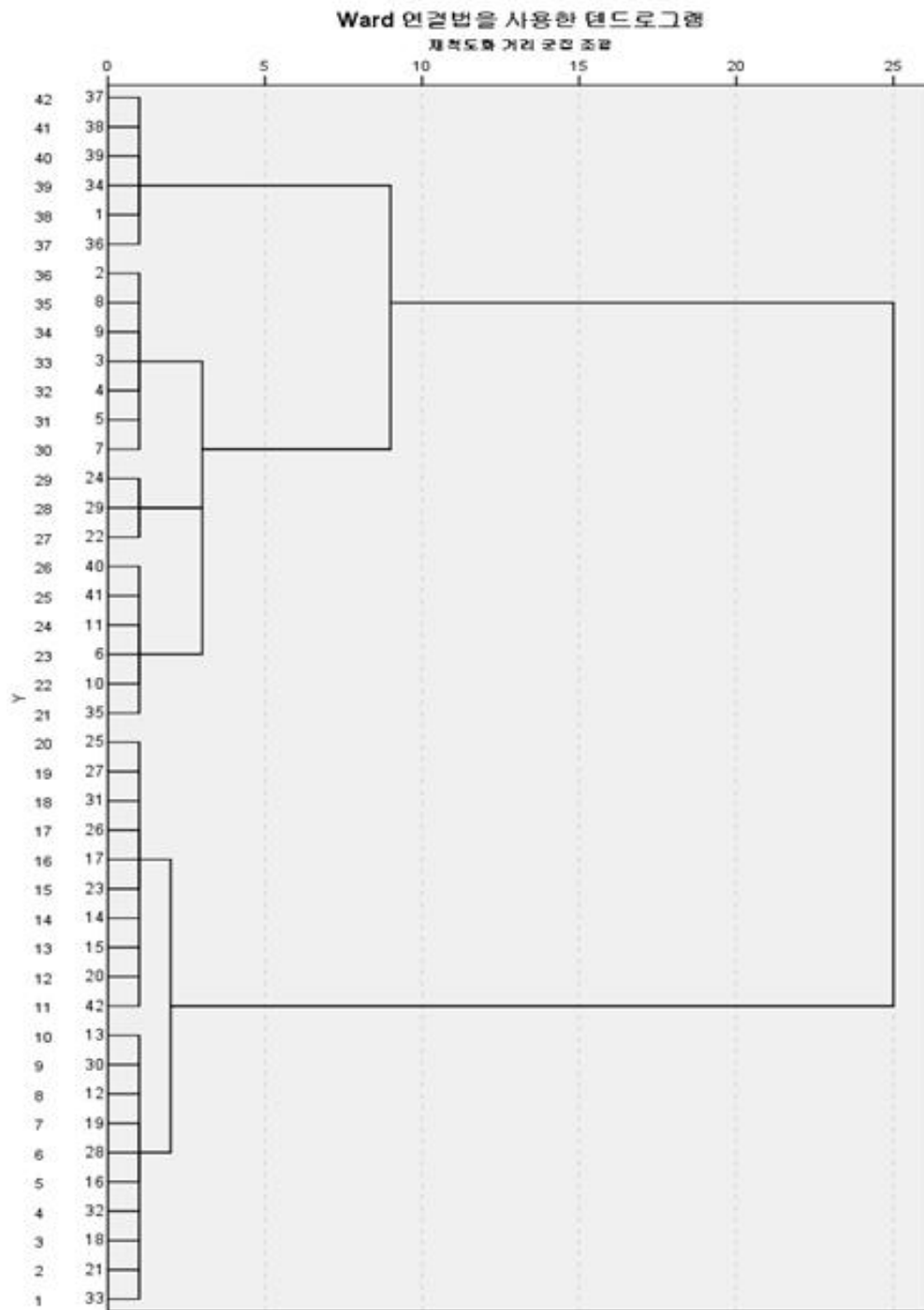
<부록 2> 기관 운영자 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과



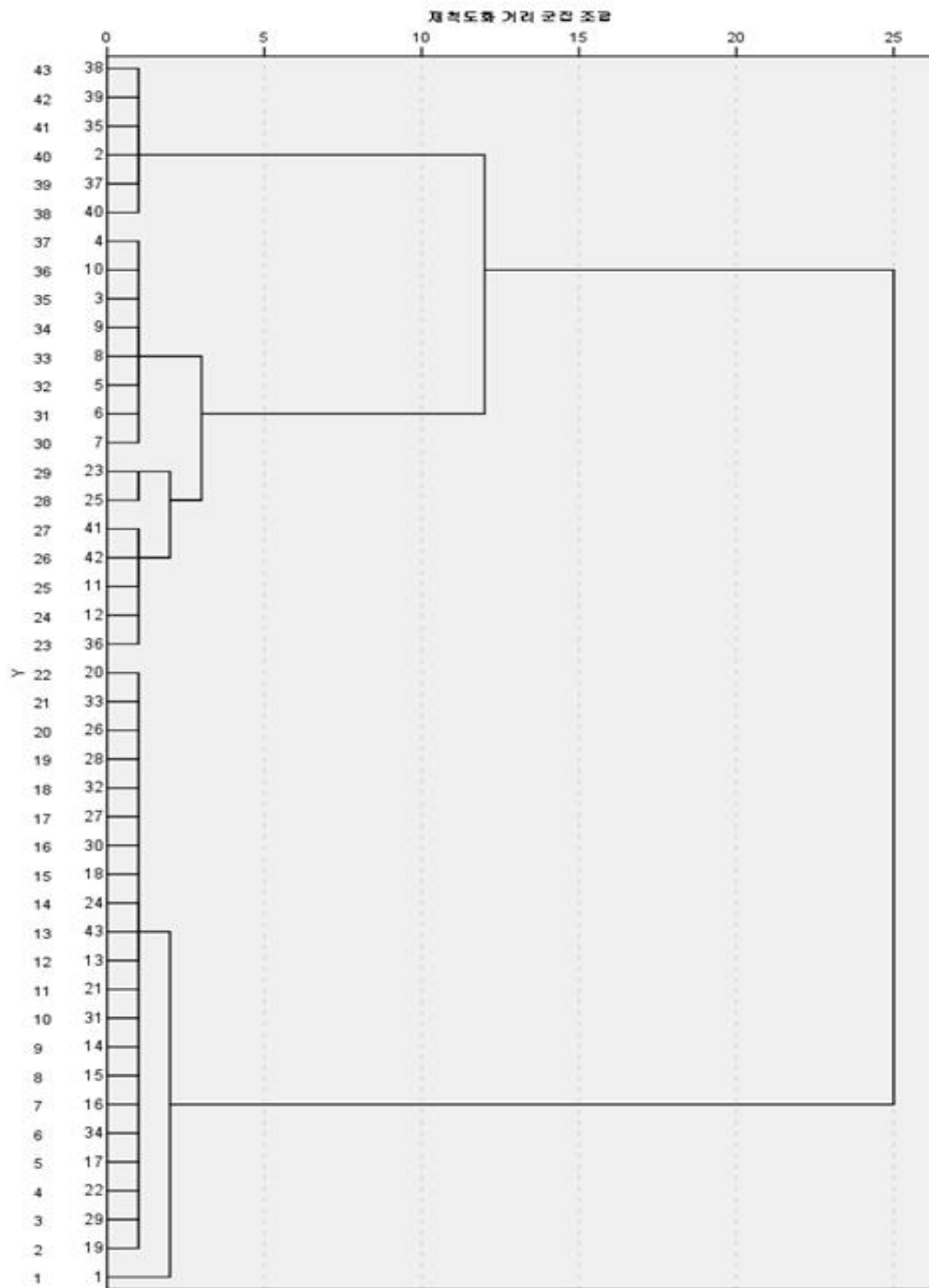
기관 운영자 집단의 차원에 따른 스트레스 플롯(stress plot)



기관 운영자 집단의 다차원척도 분석 결과



원자료 활용 기관 운영자의 군집분석 덴드로그램



좌표값 활용 기관 운영자의 군집분석 덴드로그램

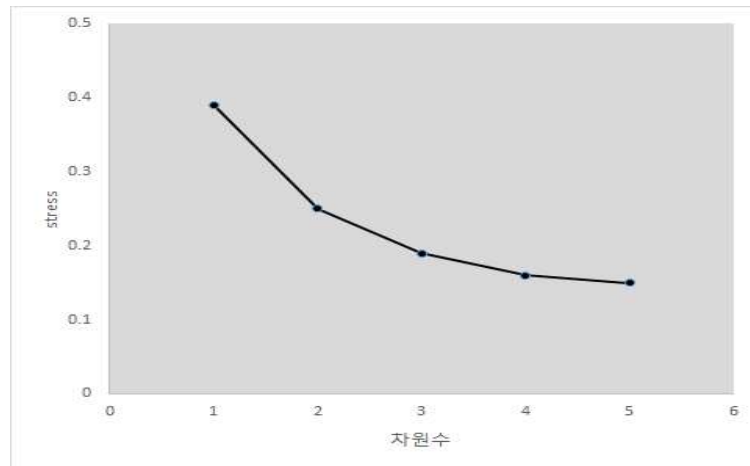
기관 운영자 집단의 군집과 포함 진술문

군집	치료지원 효과 진술문
군집1 치료지원 기관의 확대	1. 치료수업에 효과를 본 부모의 요구에 따라 새로운 프로그램들 (융합수업, 캠프 등)이 개발된다.
	34. 일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.
	36. 증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.
	37. 치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.
	38. 치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.
군집2 부모의 아동에 대한 이해	39. 치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다.
	2. 아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.
	3. 부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.
	4. 부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.
	5. 부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.
군집3 치료지원 기관의 활성화	7. 부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.
	8. 부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.
	9. 부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.
	22. 아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.
	24. 아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.
군집4 치료에 대한 자문 및 분위기 조성	29. 아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음단계의 수업을 받게 된다.
	6. 부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.
	10. 부모는 치료지원 기관에서 아동참여 가능프로그램(장애관련행사, 서비스, 마우처등)정보들을 얻게 된다.
	11. 부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.

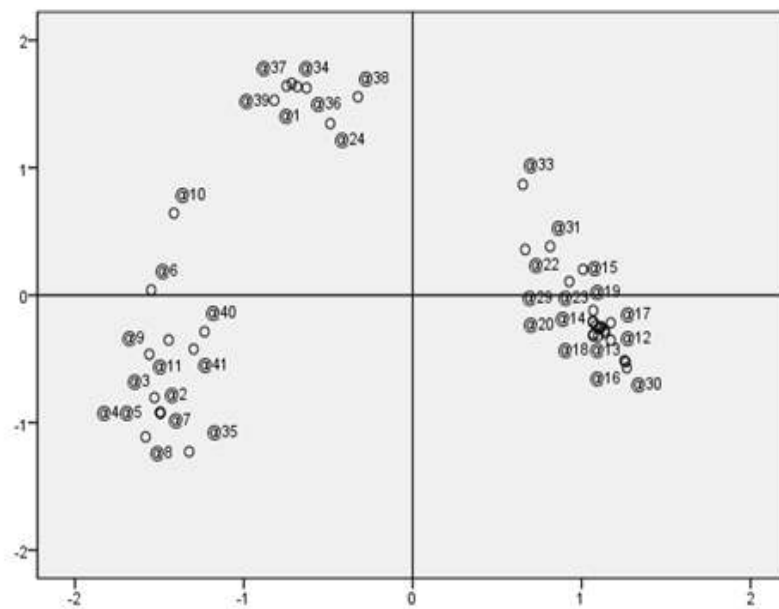
	35. 일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육의 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.
	40. 치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.
	41. 치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 얘기를 나눔으로써 마음이 편해진다.
	12. 아동의 감각기능이 발달된다.
	13. 아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.
	14. 아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.
	15. 아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.
	16. 아동은 새로운 환경(교실이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.
	17. 아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.
	18. 아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.
	19. 아동은 일상생활에서 지시 따르기(차레, 기본 동작등)를 할 수 있다.
	20. 아동은 자존감이 높아진다.
	21. 아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.
	23. 아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.
	25. 아동이 밤에 잠을 잘 자게 된다.
	26. 아동의 사물 인지능력이 향상된다.
	27. 아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.
	28. 아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.
	30. 아동은 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.
	31. 아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.
	32. 아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.
	33. 인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.
	42. 치료 중 아동의 억눌리고 풀지 못한 심리적 문제들이 드러나게 된다.

군집5
 다양한
 경험으로 인한
 아동의 기능
 발달 및 일반화

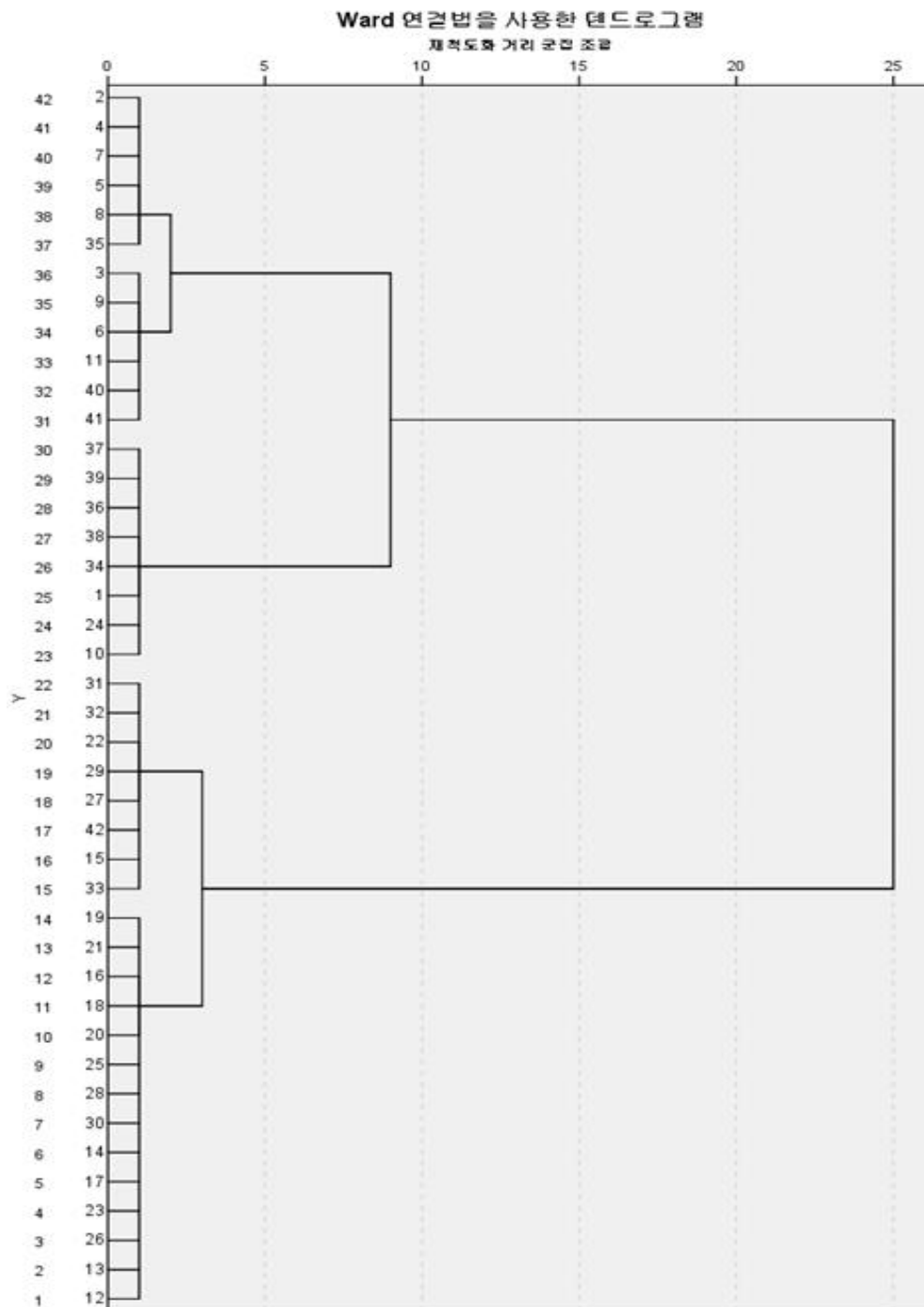
<부록 3> 교사 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과



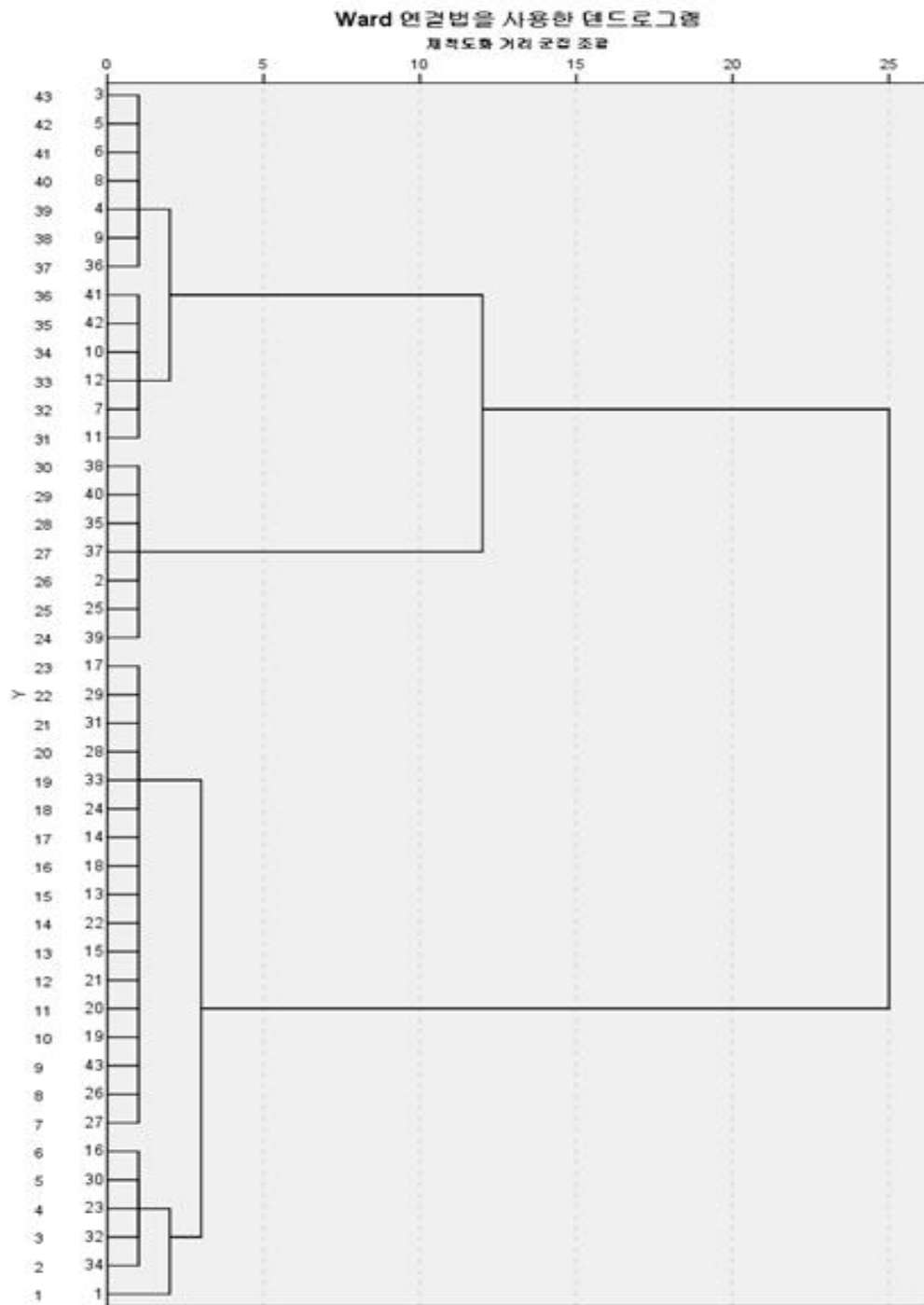
교사 집단의 차원에 따른 스트레스 플롯(stress plot)



교사 집단의 다차원척도 분석 결과



원자료 활용 교사의 군집분석 덴드로그램



좌표값 활용 교사의 군집분석 덴드로그램

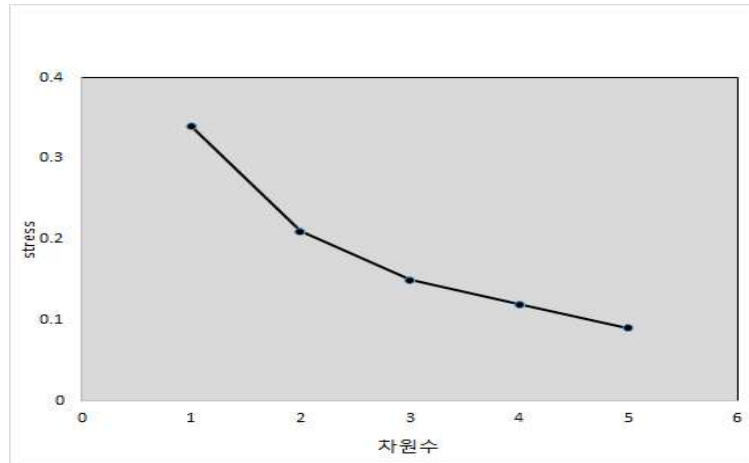
교사 집단의 군집과 포함 진술문

군집	치료지원 효과 진술문
군집 1 부모의 아동에 대한 이해	2. 아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.
	4. 부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.
	5. 부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.
	7. 부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.
	8. 부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.
군집 2 부모의 치료에 대한 만족감 및 적극성	35. 일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.
	3. 부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.
	6. 부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.
	9. 부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.
	11. 부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.
군집 3 치료지원 기관의 활성화 및 확대	40. 치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.
	41. 치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 얘기를 나눔으로써 마음이 편해진다.
	1. 치료수업에 효과를 본 부모의 요구에 따라 새로운 프로그램들(융합수업, 캠프 등)이 개발된다.
	10. 부모는 치료지원 기관에서 아동참여 가능프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다.
	24. 아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.
	34. 일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.
	36. 증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.
	37. 치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.
	38. 치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.
	39. 치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다.

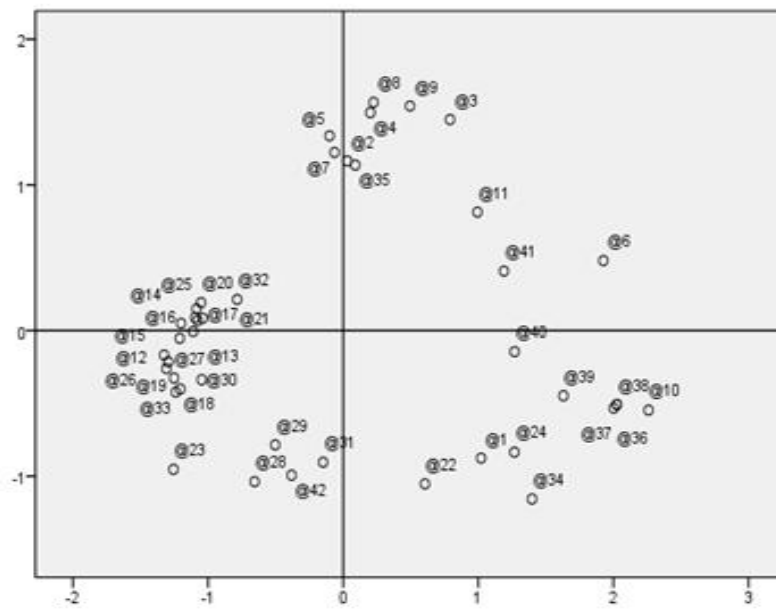
군집 4
아동의
기능 발달
및 일반화

12. 아동의 감각기능이 발달된다.
13. 아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.
14. 아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.
15. 아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.
16. 아동은 새로운 환경(교실이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.
17. 아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.
18. 아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.
19. 아동은 일상 생활에서 지시따르기(차례, 기본동작등)를 할 수 있다.
20. 아동은 자존감이 높아진다.
21. 아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.
22. 아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.
23. 아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.
25. 아동이 밤에 잠을 잘 자게 된다.
26. 아동의 사물 인지능력이 향상된다.
27. 아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.
28. 아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.
29. 아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음단계의 수업을 받게 된다.
30. 아동은 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.
31. 아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.
32. 아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.
33. 인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.
42. 치료 중 아동의 억눌리고 풀지 못한 심리적 문제들이 드러나게 된다.

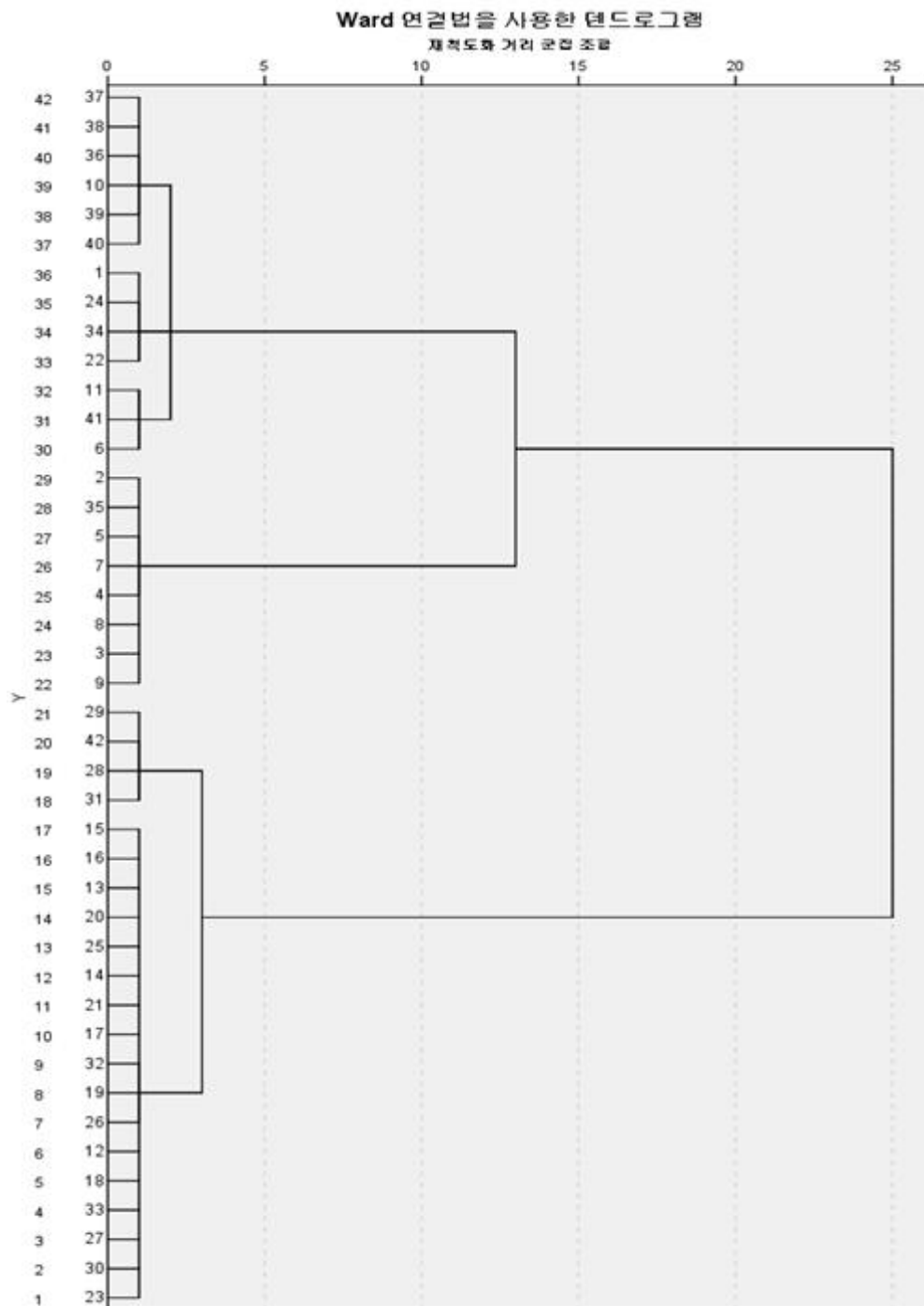
<부록 4> 부모 집단의 다차원척도 분석 및 군집분석 결과



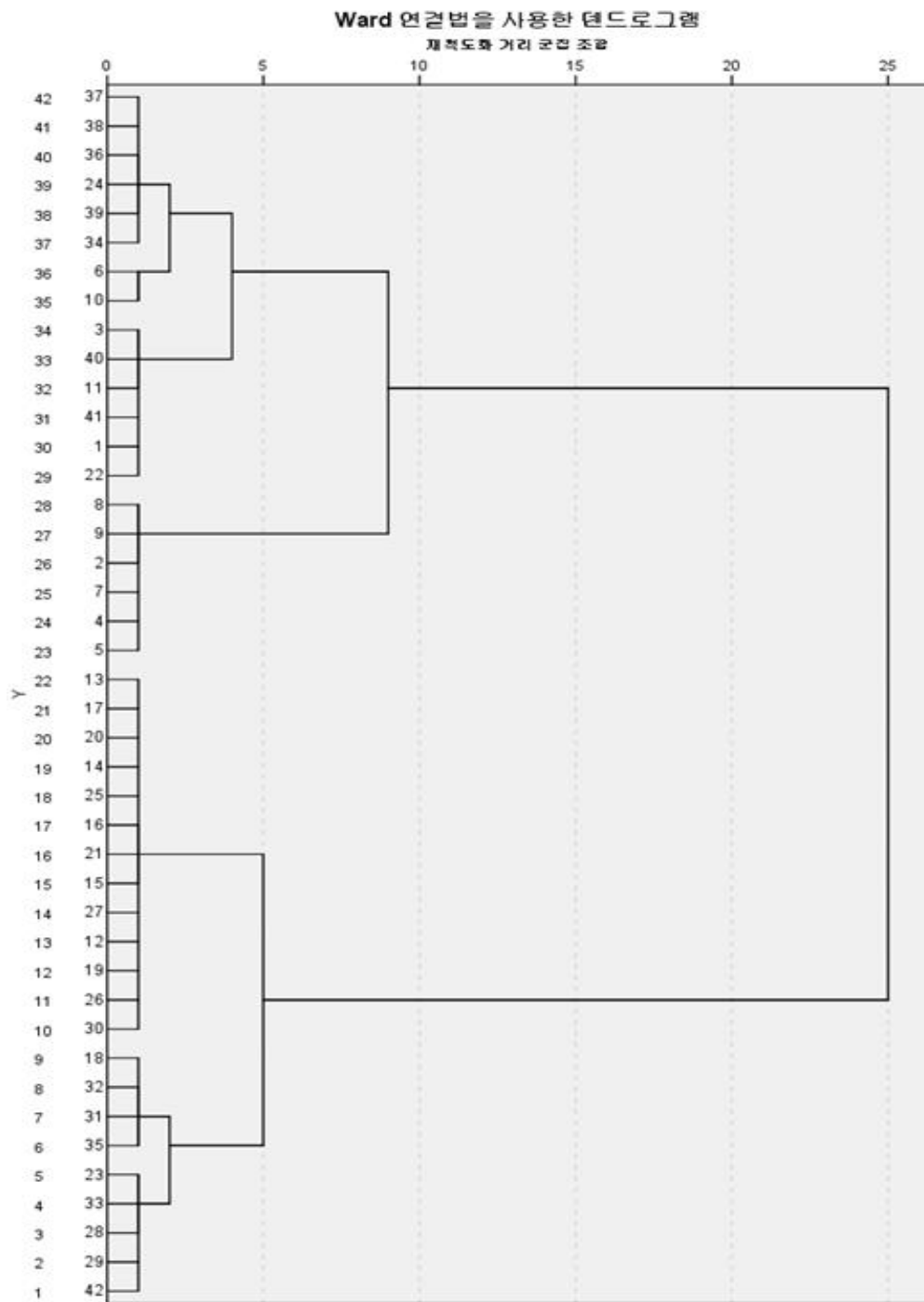
부모 집단의 차원에 따른 스트레스 플롯(stress plot)



부모 집단의 다차원척도 분석 결과



원자료 활용 부모의 군집분석 덴드로그램



좌표값 활용 부모의 군집분석 덴드로그램

부모 집단의 군집과 포함 진술문

군집	치료지원 효과 진술문
	10. 부모는 치료지원 기관에서 아동참여 가능프로그램(장애관련행사, 서비스, 바우처등)정보들을 얻게 된다.
	36. 증가된 치료지원 기관 이용 아동의 수가 유지된다.
군집1	37. 치료지원 기관들이 꾸준히 증가하고 있다.
치료지원 기관의 확대	38. 치료지원을 받는 아동의 수가 늘어난다.
	39. 치료를 지원하는 국가적 사회 서비스 (발달재활서비스, 치료지원서비스등)들이 증가하게 된다.
	40. 치료의 효과를 본 부모는 다른 영역의 치료수업도 받게 된다.
군집2	1. 치료수업에 효과를 본 부모의 요구에 따라 새로운 프로그램들 (융합수업, 캠프 등)이 개발된다.
부모의 치료에 대한 자문 및 혜택	22. 아동은 치료지원 기관을 계속 이용하게 된다.
	24. 아동의 발달이 이루어지는 걸 확인하는 기관 운영자와 교사는 성취감을 느끼게 된다.
	34. 일반아동을 포함한 다양한 특성을 가진 아동들이 치료지원 기관을 이용한다.
군집3	6. 부모는 아동의 현실적 장기계획에 대해 고민할 때 기관 운영자나 교사에게 조언을 구한다.
치료에 대한 부모의 신뢰감 및 안정감	11. 부모와 아동이 만들어 내는 치료대기실 분위기가 편하다.
	41. 치료지원 기관에서 부모는 아동에 대한 얘기를 나눔으로써 마음이 편해진다.
군집4	2. 아동의 변화에 기쁨을 느낀 부모의 표정이 밝아진다.
	3. 부모는 비슷한 고민을 하는 사람에게 치료효과에 대해 자발적으로 얘기하게 된다.
	4. 부모는 아동에 대해 희망을 갖게 된다.
	5. 부모는 아동의 발달에 인내심을 가지고 기다리게 된다.
부모의 아동에 대한 이해	7. 부모는 아동이 할 수 있는 것들을 보고 놀라게 된다.
	8. 부모는 양육활동을 되돌아보고 깨우침으로써 아동을 따뜻하게 대하게 된다.
	9. 부모는 집에서 치료연계활동을 할 수 있게 된다.
	35. 일반아동이 방과 후 학원에 다니는 것처럼, 아동들도 정기교육 외 수업을 받는거에 부모들은 뿌듯함을 느끼게 된다.

군집5 아동의 기능 발달 및 심리적 변화	28. 아동의 장애등급이 긍정적으로 변동된다.
	29. 아동의 진전도가 향상됨에 따라 다음단계의 수업을 받게 된다.
	31. 아동은 치료수업이 즐거워 치료기관에 가고 싶어 하게 된다.
	42. 치료 중 아동의 억눌리고 풀지 못한 심리적 문제들이 드러나게 된다.
군집6 아동 기능 유지 및 확대	12. 아동의 감각기능이 발달된다.
	13. 아동은 감정표현, 의사표현, 질문에 대한 반응 등을 하게 된다.
	14. 아동은 돌아다니지 않고 한곳에 앉아있는 시간이 늘어나게 된다.
	15. 아동은 미술, 모래, 소꿉놀이를 경험하게 된다.
	16. 아동은 새로운 환경(교실이동, 식당등)에 적응하는 시간이 단축된다.
	17. 아동은 스스로 신변처리를 하게 된다.
	18. 아동은 일반아동들과 함께 할 수 있는 활동들이 늘어나게 된다.
	19. 아동은 일상생활에서 지시 따르기(차례, 기본 동작등)를 할 수 있다.
	20. 아동은 자존감이 높아진다.
	21. 아동은 치료수업에서 배운 학습된 행동을 집이나 학교에서 하게 된다.
	23. 아동의 능력들이 퇴행되지 않고 유지된다.
	25. 아동이 밤에 잠을 잘 자게 된다.
	26. 아동의 사물 인지능력이 향상된다.
	27. 아동의 억눌린 스트레스가 좋아하는 활동(신체, 미술등)으로 해소된다.
	30. 아동은 사용할 수 있는 단어가 많아지게 된다.
	32. 아동이 치료기관 대기실에서 기다리는 모습이 처음과 달라졌다.
	33. 인라인 스케이트와 같은 기능적 치료수업을 통해 아동은 취미활동이 생겨 여가생활을 누릴 수 있게 된다.

Abstract

Analysis of Stakeholders' Perception on Therapeutic Effect for Students in Special Education Needs

Joosun Kim

Major in Special Education

College of Education

The Graduate School

Seoul National University

In order to accomplish the educational goals for students with disabilities, the Special Education Law for Persons with Disabilities and Others, which was enacted in 2007, introduces the special education related services that provide human and physical resources along with general public education. For qualitative education services for students with disabilities, efforts such as studying school effect to provide high quality education of students without disabilities in general public education carried out also in special education field. To guarantee the right to education of students with disabilities and to improve the quality of education, it is necessary to study the therapeutic effect in addition to the general school education effect by

receiving related services considering the diversity of individuals in addition to general public education. It is somewhat unreasonable to see the effectiveness of therapeutic education as a standardized evaluation factor such as the academic achievement of students without disabilities, which is widely used in the school effect due to the diversity of the individual.

The purpose of this study is to investigate the perception of therapeutic effect by using Concept Mapping method. In this study, we focused on the special education stakeholders(therapeutic support providers, therapists, parents). The field experience and the thoughts about the therapeutic effects that they perceive are freely drawn out, and the concept of the concrete therapeutic support effect is grasped through the quantitative analysis. In the preparation stage of the study, the well-defined questions were developed by interview question developing members to get a variety of ideas statements for the purpose of this study. Based on this, a total of 15 people of 5 each special education stakeholder group was selected as an interview participant, to provide an idea about therapeutic effect. The collected ideas were generated through the research analysis team and a total of 42 statements were finalized. 42 Structured statements were classified the similarity and scored the importance by the total of 41 people; 10 therapeutic support providers who average of 9.1 years of providing the therapeutic service for students with disabilities, 15 therapists who average of 8.4 years of providing the therapeutic education, and 16 parents who average of 4.81 years of receiving therapeutic services. Score was carried out based on the evaluation data, multidimensional scale analysis and cluster analysis were conducted to compare the stakeholders' perceptions on therapeutic

effect.

The target of therapeutic effect were found special education related service recipient, therapeutic support providers, therapists, parents, and therapeutic support institution. As a result of multidimensional scaling analysis, the therapeutic effect was most idealized in 2 dimensions. The perception of therapeutic effect of the whole stakeholder were 'Children's direct change - Children's indirect change' and 'Change of social awareness of therapy support - Parental change'. To finalize the cluster, the hierarchical cluster analysis using the original data and coordinated data (Ward method) was conducted. The research analysis team compared and discussed the result of the hierarchical cluster analysis and finalized the 5 clusters. The 5 clusters were as following: 'Expansion of therapeutic support institutions', 'Activation of therapeutic support institutions', 'Consultation and atmosphere for therapeutic support', 'Parents' Understanding about children', and 'Generalization of child function'.

In the concept mapping of the therapeutic effect according to the each stakeholder group, the group of the therapeutic support providers was the same as the whole group therapeutic effect. And the therapist group perceived expansion and activation of the therapeutic educational institution as one cluster. In the case of the parent group, parents' changes were specified. Each stakeholder's perception on the importance of therapeutic effect were shown differently. Therapeutic support providers and therapists recognized the most importance on voluntarily asking for consultation and child therapeutic support and creating and mild atmosphere of the institution. In the case of the parent group, the 'parent' s understanding of children 'cluster was recognized as the most important cluster. Although the differences in

perceptions on the therapeutic effect among each stakeholder group are revealed, the mean of therapeutic effect was high at 3.96 out of 5. Therefore, all statements about the therapeutic effect were explained as meaning of therapeutic effect. Based on the results of this study, it is presented in detail in the discussion section with the related previous researches.

The implications of this study are as follows. First, it is necessary to examine the therapeutic effect by various stakeholders who has knowledge and high understanding of therapeutic support, in a similar way to the "Special Education Law for Persons with Disabilities and Others" and it is important to make efforts to improve the quality of special education. In addition, it will provide important information for understanding the therapeutic support to the people who use therapeutic support and the therapeutic support providers to provide qualitative therapeutic support to children with special education needs and to maximize therapeutic effect. Finally, this study can be used as a basic data for evaluating service providers for quality education support service system and social service (voucher system) quality management.

Key words: Special education, Therapeutic support,
Therapeutic effect, Conceptual mapping

Student Number: 2014-30529